

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-1899. — N° 174

DATE ET MODE DE PERFORATION
DE
L'APPENDICITE PERFORANTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard ALLARD

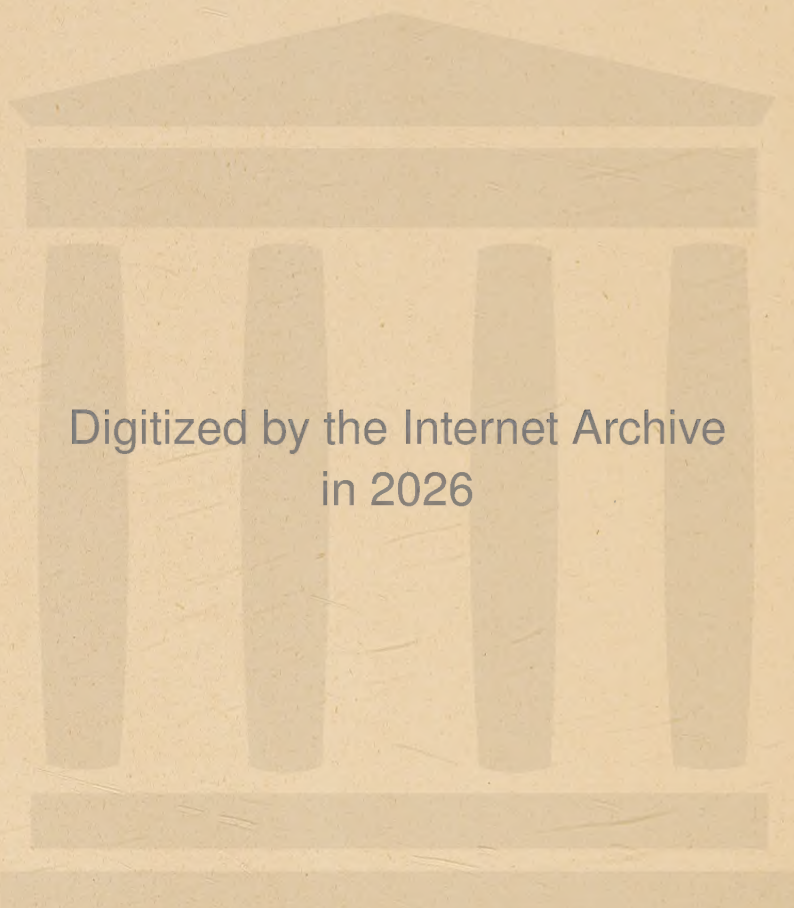
Né le 3 juin 1872, à Grenoble (Isère),

Ancien Interne des Hôpitaux de Grenoble.



GRENOBLE
IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE JOSEPH BARATIER
24, Avenue Alsace-Lorraine

—
Juillet 1899



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-1899. — N° 174

DATE ET MODE DE PERFORATION
DE
L'APPENDICITE PERFORANTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard ALLARD

Né le 2 juin 1872, à Grenoble (Isère),

Ancien Interne des Hôpitaux de Grenoble.



GRENOBLE

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE JOSEPH BARATIER
24, Avenue Alsace-Lorraine

—
Juillet 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	}	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.....		GAYET.
Physique médicale.....	}	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....	}	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.....		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.....	}	CAZENEUVE.
Anatomie.....		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.....	}	LORTET.
Physiologie.....		TESTUT.
Pathologie interne.....	}	RENAUT.
Pathologie externe.....		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	}	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.....	}	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.....		TRIPPIER.
Médecine légale.....	}	POLLOSSON (M.)
Hygiène.....		ARLOING.
Thérapeutique.....	}	LACASSAGNE.
Pharmacie.....		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Cliniques des Maladies des Enfants.....	WEIL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.....	POLLOSSON (A.) —
Botanique.....	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. CONDAMIN, Assesseur;

MM. PAVIOT et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur FÉLIX ALLARD

Chirurgien en chef honoraire des Hôpitaux

Professeur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine de Grenoble.

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES TANTES

A mon Président de Thèse

A M. LE PROFESSEUR PONCET

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

En étudiant la perforation appendiculaire, nous avons l'intention de parler de cette complication essentiellement grave de l'appendicite, éclatant souvent brusquement, sans symptômes bien définis, et déterminant d'emblée une péritonite généralisée.

Broca s'est félicité d'avoir obtenu 4 guérisons sur 27 malades opérés de cette forme d'appendicite.

M. le Professeur Poncét et son élève le Docteur Lasserre considèrent l'appendicite perforante aiguë « comme presque fatalement mortelle. »

En effet, en parcourant la littérature médicale, nous rencontrons des observations nombreuses de cette complication de l'appendicite, mais les cas de guérisons sont rares, et ne sont cités le plus souvent que comme des exceptions.

Cependant ces dernières années, des interventions hâtives ont pu donner une statistique meilleure mais encore peu satisfaisante.

M. le Professeur Poncet ayant depuis longtemps reconnu les avantages d'une intervention précoce estime que bon nombre de morts auraient pu être évitées, si dès le début des symptômes un chirurgien était intervenu. Aussi nous a-t-il proposé, vu la gravité et la marche rapide de cette affection, de rechercher à quelle date probable du début pouvait se produire la perforation de l'appendice.

Comme le fait remarquer dans sa thèse le Docteur Lasserre, la question serait fort simple, si l'appendicite était une maladie cyclique, se présentant toujours avec les mêmes symptômes et évoluant d'une façon toujours identique. Mais il n'en est rien ; tel malade atteint depuis plusieurs années de coliques appendiculaires est emporté en quelques heures au cours d'une attaque en apparence bénigne, tel autre sera emporté à la première attaque. Nous allons donc tâcher de fixer la date de la perforation de l'appendice, nous nous baserons pour cela sur les observations qui nous ont été communiquées par M. le Professeur Poncet et de M. X. Delore, chef de clinique chirurgicale auxquelles nous adjoindrons celles empruntées à la presse médicale. Puis nous chercherons à expliquer par quel mode peut se faire cette perforation.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre dans ce modeste travail :

Un premier chapitre tracera rapidement l'historique de l'appendicite et de ses perforations.

Quelques notions anatomiques et histologiques sur l'appendice iléo-cœcal feront l'objet du second chapitre.

Dans un troisième chapitre nous chercherons à décrire la symptomatologie de l'appendicite perforante aiguë et des graves complications qu'elle détermine.

Quelques observations dues pour une grande part à la bienveillance de M. le Professeur Poncet seront citées à l'appui de cette description. De ces observations nous tâcherons de rechercher s'il est possible de fixer la date à laquelle se produit la perforation appendiculaire. Et enfin dans un sixième chapitre nous rechercherons les différents modes de perforation.

Avant d'entreprendre ce modeste travail, qu'il nous soit permis de remercier M. le Professeur Poncet, auquel nous devons l'idée première de notre thèse, de la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant tout notre séjour à Lyon. Il veut bien aujourd'hui, nous faire l'honneur d'accepter la Présidence de notre thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Que M. le Professeur Crolas nous permette de dire ici combien nous lui devons de gratitude pour la bienveillance, si pleine d'affabilité, qu'il n'a cessé de montrer à notre égard, nous ne saurions lui en témoigner assez de reconnaissance.

Nous prions M. le Professeur Teissier de nous permet-

tre de conserver pour lui la plus grande gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours prodigué.

Nous devons aussi présenter tous nos remerciements à M. X. Delore, chef de clinique chirurgicale, qui a bien voulu nous transmettre une observation personnelle ainsi que toutes les indications qui nous ont permis de mener ce travail à bonne fin.

Nous n'aurons garde d'oublier nos maîtres de Grenoble qui, par leurs conseils journaliers, ont guidé nos premiers pas soit à l'Ecole de Médecine, soit pendant nos deux années d'internat à Grenoble. Que M. le Docteur Berger, directeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Grenoble, agrée nos remerciements respectueux pour l'estime qu'il nous a toujours montrée.

Nous ne voulons pas terminer nos études sans adresser à nos nombreux camarades d'étude et à nos amis de l'internat l'assurance de notre constant souvenir.



DATE ET MODE DE PERFORATION

DE

L'APPENDICITE PERFORANTE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

D'après les recherches de M. le Docteur Jalaguier, professeur agrégé à la faculté de Médecine de Paris, l'appendicite aurait été décrite pour la première fois par un médecin français, Mélier, dans un mémoire datant de 1827. L'auteur, se basant sur six observations, établit nettement la pathogénie de cette affection. A cette époque, Mélier semblait déjà prévoir le traitement de l'appendicite actuellement en vigueur, car il termine son ouvrage par cette phrase : « S'il était possible d'établir d'une manière certaine le diagnostic de ces affections, on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades au moyen d'une opération ; on arrivera peut-être un jour à ce résultat. »

Mais son mémoire n'eut aucun retentissement et on ne considéra les cas où l'appendice était mis en cause que comme des exceptions.

La typhlite et la pérityphlite, dont avait déjà parlé Mes-tivier (1759) et Wegeler (1813) font le sujet d'un grand nombre de thèses et de mémoires parmi lesquels nous citerons les travaux de Bodard (1844), de Favre (1851), de Leudet (1859), de Legrain (1875), et à l'étranger ceux de Burne (1838), et de Merling (1838).

A cette époque, la typhlite, avec ses symptômes dominants : constipation, tumeur, tuméfaction, empâtement dans la fosse iliaque droite, et dans quelques cas plus violents : fièvre, nausées, vomissements, était due à un engorgement du cœcum par les matières fécales, un engouement stercoral, suivant l'expression consacrée, qui déterminait une inflammation de ses parois. Sous l'influence du traitement médical (purgatifs, opium et glace) la typhlite se terminait quelquefois par résolution ; mais le plus souvent elle aboutissait à l'ulcération et à la perforation, et déterminait la pérityphlite, la péritonite ou le phlegmon iliaque suivant le siège de la perforation : les lésions de la face antérieure du cœcum déterminaient une péritonite ; celles de la face postérieure formaient un phlegmon iliaque, car cette face était supposée privée de péritoine.

Ces notions, longtemps accréditées, ont trouvé depuis vingt ans de nombreux détracteurs.

Ce furent d'abord les anatomistes : en 1887, Tuffier, dans son étude sur le cœcum, et l'année suivante Trèves, en Angleterre, démontrent que le péritoine enveloppe complètement l'appendice et que le cœcum n'avait pas de rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque. La tumeur iliaque n'était donc pas nécessairement due à une inflammation du tissu cellulaire péricœcal, comme l'avait exposé Menière dans son mémoire.

La chirurgie s'éleva à son tour contre ces idées dès

1885; les médecins et les chirurgiens américains, ayant pratiqué des laparotomies hâtives pour les accidents imputés à la pérityphlite, purent reconnaître que ces accidents provenaient uniquement de l'appendice et non du cœcum. Reginald Fitz de Boston publie en 1886, dans le « *American journal of medical science* », un travail d'ensemble sur l'inflammation perforante de l'appendice : l'auteur se basant sur 209 cas de typhlites et de pérityphlites et 257 d'appendicites perforantes, conseille l'intervention chirurgicale précoce. En 1888, il fait paraître un second mémoire dans lequel il complète et renouvelle les conclusions du premier. L'année suivante, Mac Burney, dans le « *New-York medical journal* », 21 novembre 1889, rapporte huit observations de laparotomie pratiquées pendant la crise avant l'apparition des symptômes péritonéaux et propose le nom d'appendicite, affection qu'il différencie nettement de la typhlite.

Ces idées se firent rapidement jour en Europe. Dès 1888, au traitement médical on tend à substituer l'intervention chirurgicale.

Dès lors, l'appendicite passe à l'ordre du jour, on en recherche les causes, on en établit les symptômes, on en approfondit la pathogénie; les médecins et les chirurgiens publient à ce sujet de très nombreux travaux, parmi lesquels, pour ne parler que des plus importants, nous citerons : En France, ceux de Reclus, Talamon, Richelot, en 1890, Ricard, en 1891, et à une époque encore plus récente, nous pourrions citer comme ayant puissamment contribué à l'édification de l'appendicite, les travaux de Talamon, Dieulafoy, Routier, Poncet, Jaboulay, Quénu, Jalaguier, Kleckí, Roger et Josué. En Suisse Roux, de Lausanne, et ses élèves ont fait à ce sujet d'intéressants mémoires.

Nous ne saurions passer sous silence les nombreuses

discussions, faites à la Société de Médecine interne de Berlin, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Londres et enfin les très importantes communications faites à la Société de Chirurgie de Paris et celles non moins nombreuses de l'Ecole Lyonnaise.

Nous aurons du reste à revenir sur ces différents travaux auxquels nous ferons de nombreux emprunts, particulièrement en ce qui concerne le mode de perforation de l'appendice.

CHAPITRE II

L'APPENDICE

Anatomie. — Histologie. — Physiologie.

L'appendice iléo-cœcal a été différencié du cœcum par Béranger.

Il naît ordinairement sur la paroi interne ou postéro-interne du cœcum, à l'endroit où s'entrecroisent les bandelettes longitudinales ; exceptionnellement on le rencontre sur la paroi antérieure.

Il offre l'aspect d'un tube cylindrique plus ou moins régulier, quelquefois fusiforme, rarement sphérique ; il peut affecter différentes formes, suivant la longueur de son méso ; aussi le rencontre-t-on, tantôt parfaitement rectiligne, tantôt flexueux, contourné, en anse, dont la concavité est tournée vers le bord mésentérique. Lafforgue a signalé sa forme en spirale et en huit de chiffre.

La longueur moyenne de l'appendice est, suivant Sappey, de 6 à 12 centimètres ; Lafforgue signale comme dimensions extrêmes 2 à 3 centimètres et parfois de 20 à 24 centimètres.

Son diamètre extérieur comparé à celui d'une plume d'oie est de 5 à 10 millimètres.

Chez les vieillards, l'appendice se rencontre particulièrement atrophie ; chez l'embryon et le nouveau-né, il est au contraire plus long que chez l'adulte. Merling, Meckel, et plus tard Lafforgue ont signalé son absence possible.

La situation de l'appendice dans l'abdomen est très variable ; elle est cependant importante à connaître, car ce sont là des points intéressants qui peuvent permettre d'expliquer dans certains cas la pathogénie de l'appendicite.

Cliniquement, suivant Mac Burney, son origine, rapportée à la paroi abdominale, se trouve au milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic. Clado plaçait son origine à l'intersection de deux lignes dont l'une suivait le bord externe du muscle grand droit et dont l'autre, perpendiculaire à la première, partait de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Anatomiquement, les renseignements sont plus précis. L'appendice, faisant corps avec le cœcum, suit celui-ci dans sa migration ; on le rencontre le plus souvent dans la moitié interne de la fosse iliaque droite, au voisinage du détroit supérieur ; son extrémité libre plonge habituellement dans la cavité pelvienne, mais cette situation n'est pas constante, et nous inspirant des idées de M. le Professeur Testut, nous ramènerons les positions de l'appendice à quatre types principaux dont Margery a établi la fréquence :

1° Un type ascendant se rencontrant 13 fois % ;	
2° Un type descendant	— 41 —
3° Un type externe	— 17 —
4° Un type interne	— 26 —

Aussi l'appendice est-il : tantôt appliqué à la face postérieure du cœcum et du colon, remontant jusqu'au rein et même jusqu'au foie ; tantôt, croisant le psoas, il s'en-

gage dans le petit bassin et se met en rapport avec la vessie, le rectum, l'utérus ou l'ovaire. On le rencontre encore couché sur la portion du fascia iliaca qui recouvre le muscle iliaque; quelquefois aussi il se dirige vers les anses de l'intestin grêle en se portant du côté de l'abdomen.

L'appendice, le plus souvent libre et mobile, flotte au bout de son méso, à la face antérieure duquel le péritoine forme le repli iléo-appendiculaire de Jonnesco. Poirier l'a vu fixé au péritoine de la fosse iliaque droite soit au détroit supérieur et au flanc latéral de la cavité pelvienne.

L'appendice se présente sous la forme d'un tube, le plus souvent régulièrement cylindrique; il présente parfois un ou plusieurs rétrécissements déterminant des dilatations intermédiaires. Son diamètre intérieur est de 1 à 8 millimètres.

Il communique avec le cœcum par un orifice assez souvent entouré d'un repli de la muqueuse, formant une valvule insuffisante appelée valvule de Gerlach. Clado considère cette valvule comme très rare, et Lafforgue, dans sa thèse, se basant sur 200 autopsies, dit ne l'avoir vu que deux fois et va même jusqu'à avancer que « la valvule de Gerlach n'existe que dans les cas où se trouve un calcul appendiculaire à ce niveau. » D'après lui, la valvule ne se rencontrerait donc qu'à l'état pathologique.

Structure. — L'appendice possède une paroi épaisse d'environ 4 millimètres et comprenant quatre tuniques.

En allant de dehors en dedans on rencontre :

1^o La tunique séreuse : cette tunique a la structure du péritoine viscéral; quelques faisceaux conjonctifs, pénétrant entre les faisceaux musculaires, la font adhérer à la tunique musculieuse qui lui est sous-jacente;

2^o La tunique musculieuse, très forte et très épaisse,

présente deux plans : un plan longitudinal continu dont les fibres sont de plus en plus rares au niveau du bord mésentérique de l'appendice, et un plan de fibres circulaires beaucoup plus résistant, entourant complètement l'appendice et s'entrecroisant avec les fibres du plan longitudinal ;

3° La tunique celluleuse, formée de faisceaux conjonctifs et de fibres élastiques laissant entre eux un grand nombre d'espaces ou vacuoles lymphatiques qui se rencontrent le plus souvent à la base des follicules clos ;

4° La tunique muqueuse, composée de trois couches :

A. Une couche épithéliale superficielle, à cellules cylindriques ou caliciformes tapissant la cavité de l'appendice ;

B. Une couche externe musculaire ;

C. Une couche moyenne formée d'un chorion conjonctivo-vasculaire à travers lequel pénètre perpendiculairement à la surface interne de nombreuses glandes en tube, courtes, rarement bifides.

Ces glandes de Lieberkun sphériques ou aplaties, de plus en plus nombreuses à mesure qu'on s'approche de la pointe de l'appendice, passent directement sous les follicules lymphatiques sous-muqueux dont elles sont séparées par la *muscularis muscosæ*. Cette couche cellulo-adipeuse permet le glissement de la muqueuse à la face interne des couches musculuses.

Les follicules clos augmentant de nombre et de volume à mesure qu'on approche de la pointe se présentent « sous la forme d'une grande plaque de Payer. » Ces follicules présentent des différences suivant les âges. De 6 à 30 ans, on les rencontre en plus grand nombre, à partir de cet âge ils diminuent de volume et leur hauteur peut être réduite au tiers ou au huitième de ce qu'elle était.

Une seule artère irrigue l'appendice ; l'artère iléo-ap-

pendiculaire, branche de la mésentérique supérieure. Cette artère longe le bord interne du méso, jusqu'à l'extrémité de l'appendice, émettant sur son trajet plusieurs branches qui, suivant Sappey, ont quelques anastomoses avec les artères du cœcum.

Une veine accompagne chaque artériole et toutes vont se rendre dans la veine appendiculaire qui suit le trajet de l'artère; elles présentent, en outre, de nombreuses anastomoses avec les veines de la paroi postéro-inférieure du cœcum.

Les lymphatiques cheminent dans le méso-appendice parallèlement aux autres vaisseaux et vont se rendre à des ganglions en nombre variable (de 1 à 4) disséminés dans le mésentère assez rapprochés de la paroi appendiculaire (Lafforgue). Clado signale un ganglion situé au niveau de la base de l'angle qui sépare l'appendice et le cœcum de l'iléon.

Sabatier, assimilant l'appendice à une glande, a voulu lui faire jouer un rôle actif dans la digestion. Sa présence n'est pas nécessaire à l'accomplissement des fonctions intestinales; sa résection n'amène aucun trouble, d'ailleurs le mucus sécrété par ses glandes est sans action sur les matières intestinales arrivées à ce niveau; son rôle se limite à lubrifier les parois du cœcum et à faciliter le glissement des matières.

Clado nie son pouvoir absorbant et cependant il est impossible de supposer qu'un organe possédant un réseau lymphatique plus riche que celui de l'intestin ne soit pas doué d'un pouvoir absorbant aussi grand. Nous verrons plus loin ce pouvoir absorbant se manifester nettement à l'égard des produits septiques et des microbes pathogènes contenus dans sa cavité, et le rôle de cette absorption dans la pathogénie de l'appendicite.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Dieulafoy signale comme premier symptôme de l'appendicite un léger état gastrique précédant d'un jour ou deux le symptôme capital de l'affection : la douleur. Cette douleur, apparaissant presque au début chez un sujet en parfaite santé, quelquefois à la suite d'un exercice violent, le plus souvent sans causes appréciables, siège au point de Mac Burney, point que nous avons déjà signalé en traitant l'anatomie de cette région. Cette douleur accompagnée quelquefois d'un frisson reste rarement localisée au point indiqué, souvent elle s'irradie à tout l'abdomen, au pli de l'aîne, au pubis, on l'a même signalée dans le flanc droit; souvent aussi elle se propage au membre inférieur dont elle rend les mouvements difficiles. L'intensité de la douleur est variable, elle revient par paroxysmes, mais, hâtons-nous de dire que son intensité n'est pas toujours en rapport avec la gravité de l'affection; souvent sous les apparences les plus bénignes se cache le plus sombre pronostic.

La fièvre est presque nulle; la température dépasse rarement 39°, le plus souvent elle se maintient aux environs de 37°; jamais elle ne présente une marche régulière.

Les symptômes gastriques apparaissent aussi dès le début. Les vomissements ne tardent pas, vomissements d'abord légers, alimentaires puis bilieux ou porracés. La constipation est opiniâtre et les médicaments administrés pour la combattre ne font qu'aggraver l'état du malade. Exceptionnellement on a signalé une diarrhée persistante jusqu'à la fin.

Ce sont là des formes bénignes en apparence dont il faut se méfier. Le pronostic en est toujours très sombre, jamais on ne peut affirmer que le mal soit complètement guéri. Une nouvelle attaque peut se produire et celle-ci changeant brusquement d'allures peut revêtir la forme foudroyante, et frappant l'organe de nécrose elle détermine rapidement une perforation, aussi la possibilité d'une péritonite généralisée doit-elle toujours être présente à l'esprit; Dieulafoy affirme qu'il est impossible au début d'une appendicite de prévoir quelles surprises sont réservées.

En effet, souvent, même à la première attaque, selon Talamon, l'appendice encore libre d'adhérences, frappé de nécrose prématurée, se perfore subitement et laisse couler dans la cavité péritonéale son contenu septique, déterminant ainsi une péritonite généralisée d'emblée. Alors ce sont les symptômes généraux qui dominent la scène, les symptômes locaux, masqués par la prédominance des signes de l'infection générale, restent atténués. L'appendicite a fait place à la péritonite : la douleur persiste, mais elle est plus diffuse, bientôt surviennent des nausées, des vomissements bilieux ou fécaloïdes; la bouche est sèche, la langue pâteuse, le facies prend un aspect caractéristique, les traits se tirent, les yeux s'excavent, la peau devient terreuse. Puis la dyspnée est intense, le pouls filiforme facilement dépressible et, si on n'intervient

pas immédiatement, le malade ne tarde pas à tomber dans une prostration profonde ; la peau se couvre d'une sueur froide, le ventre se ballonne, le visage et les extrémités se cyanosent et la mort emporte le malade souvent en pleine connaissance. Mais tous ces symptômes ne sont pas constants, certains peuvent se présenter suivant chaque sujet avec des intensités différentes, car il y a lieu de compter avec deux facteurs principaux : la virulence de l'agent pathogène et la réaction du péritoine.

Nous n'aurons donc plus une péritonite, mais des péritonites ; aussi M. Jalaguier, par l'analyse de ses observations, en a établi cliniquement deux formes qui correspondent sensiblement aux formes anatomo-pathologiques :

1° La péritonite purulente proprement dite ;

2° La péritonite septique diffuse.

Nous ne pouvons mieux faire que de lui emprunter sa description :

1° La péritonite purulente peut s'observer soit d'emblée soit à la suite d'une péritonite d'abord circonscrite. Son début est brusque et bruyant ; les douleurs spontanées et très vives s'irradient le plus souvent à tout l'abdomen avec légère prédominance à droite. Les vomissements toujours constants, d'abord bilieux, porracés ou noirâtres deviennent bientôt fécaloïdes. On constate en outre une absence totale de selles et même de gaz, aussi cette constipation peut-elle, dans certains cas, faire penser à l'occlusion intestinale, la diarrhée a été signalée mais à titre d'exception. Tout d'abord les muscles abdominaux sont contractés, mais bientôt survient un météorisme qui est « plus général et plus marqué que dans la forme septique diffuse. » La température souvent peu élevée, 38° ou 39°, présente une certaine discordance avec le pouls

mais ils sont rarement dissociés. La respiration courte, anxieuse, est surtout costale, parce que l'abaissement du diaphragme provoque de la douleur. Le facies est très altéré mais ne présente pas la teinte plombée que nous rencontrerons dans la forme suivante. Le ventre est douloureux au palper, surtout dans la fosse iliaque et au-dessus du pubis; le pus accumulé profondément au-dessous des anses intestinales agglutinées donne à la paroi abdominale un tympanisme assez marqué. Le toucher rectal peut dans certains cas déceler la présence de liquide dans l'excavation. Jalaguier a souvent signalé « la dilatation des veines sous-cutanées abdominales au-dessus des deux arcades de Fallope et quelquefois un œdème très léger, sorte de boursouffure du tissu cellulaire sous-cutané. » Jamais il n'a rencontré ces deux signes avec la même intensité dans la péritonite septique diffuse;

2° La péritonite septique diffuse, encore appelée septicémie péritonéale, a des allures moins bruyantes, elle débute le plus souvent comme une simple indigestion, la douleur abdominale moins vive n'est souvent provoquée que par la palpation. Les vomissements rares, sont alimentaires ou bilieux, jamais fécaloïdes. La diarrhée est plus fréquente que la constipation. Le météorisme manquant parfois au début, n'a jamais une très grande intensité, il est souvent localisé à la région ombilicale. La température s'élève d'abord aux environs de 39° pendant les premières 24 heures puis baisse vers le deuxième jour pour se maintenir à 37°; le pouls devient plus rapide mais sa tension diminue, et souvent il est irrégulier. La respiration, ordinairement normale, devient plus accélérée, elle affecte le type abdominal, car l'abaissement du diaphragme n'est pas douloureux. La langue humide quoique saburrale est rouge à la pointe et sur les bords. Le

facies du malade est caractéristique, en plus de l'aspect péritonéal, il est terreux ou plombé; « on a l'impression que l'organisme est profondément atteint. » La palpation du ventre est indolore, les muscles sont peu contracturés, la percussion ne dénote rien d'anormal. Le toucher rectal, négatif au début, peut à une période plus avancée permettre de constater la réplétion des culs-de-sac péritonéaux.

On peut donc dire en résumé, que dans la première forme nous avons véritablement affaire à des symptômes de péritonite, et que dans la forme septique diffuse, les symptômes de réaction inflammatoire sont atténués au point de pouvoir passer inaperçus.

Ce sont là deux formes bien tranchées, à côté desquelles, on rencontre des formes intermédiaires, dont il est presque impossible de fixer le diagnostic, mais toutes sont fatalement mortelles, à moins d'intervention prématurée.

On devra en outre se mettre en garde contre les accalmies apparentes signalées par M. Dieulafoy en février dernier, à l'Académie de médecine, accalmies particulièrement trompeuses qui se produisent souvent au moment où les accidents sont les plus menaçants. (Obs. XII).

Tels sont les symptômes de l'appendicite dans les différentes formes de son évolution; mais souvent il arrive que quelques-uns de ces symptômes fassent défaut, ou soient défigurés au point de permettre de confondre l'appendicite, avec certaines affections.

L'appendicite peut être confondue avec une colique hépatique ou une colique néphrétique; dans ces deux affections en effet la douleur est soudaine, produisant des phénomènes réflexes de même intensité, mais la fièvre constante dans l'appendicite fait actuellement défaut dans

les coliques hépatiques ou néphrétiques. Nous prendrons aussi en considération l'âge du sujet, et surtout la localisation de la douleur au point de Mac Burney.

Le diagnostic avec l'occlusion intestinale par étranglement interne est souvent des plus difficiles; dans l'observation XXIX le diagnostic avait été fait, mais dans les observations IV et XVII l'erreur avait été commise. La douleur est souvent la même au début, la paralysie intestinale, si fréquente dans l'appendicite amène une rétention complète de matières et de gaz. Les vomissements diffèrent pourtant; précoces et fécaloïdes dès le début dans l'étranglement interne, ils n'apparaissent généralement pas à ce moment dans l'appendicite; moins noirâtres, plutôt bruns, ils sont constitués par un liquide trouble laissant déposer des matières glaireuses. La température élevée dans l'appendicite est au-dessous de la normale dans l'étranglement interne. L'hypéresthésie de la paroi abdominale et la douleur au point de Mac Burney seront d'une grande importance.

Les poussées aiguës d'entéro-colite pourront être confondues avec une appendicite aiguë perforante. Les deux affections se présentent chez l'enfant comme chez l'adulte. A début moins brusque et moins intense, l'entéro-colite se manifeste par une douleur diffuse sans localisation ou prédominance dans la fosse iliaque droite. Les vomissements, la douleur avec paroxysmes, le ballonnement et l'état fébrile peuvent faire hésiter dans le diagnostic.

La fièvre typhoïde a dans certains cas donné lieu à des erreurs de diagnostic par la présence de troubles intestinaux et de douleurs dans la fosse iliaque droite. (Obs. II): Le début lent de la dothienenterie s'établissant sans douleur et sans réaction péritonéale, de même que les sym-

ptômes particuliers de cette affection permettront d'éviter toute confusion.

En face d'une péritonite tuberculeuse, on pourra être embarrassé, surtout si l'état des poumons ne dénote rien d'anormal. Netter et Jalaguier, en présence de la similitude des symptômes, avouent que le diagnostic en est très délicat. Il n'en sera pas de même de la simple indigestion que la fugacité des symptômes et l'absence de douleurs abdominales permettront de reconnaître.

La diarrhée fétide de la péritonite septique diffuse par perforation, s'accompagnant de réaction péritonéale peu bruyante, peut dans certains cas faire penser à un empoisonnement ou à une diarrhée cholériforme. Jalaguier cite un exemple d'erreur semblable qui fut commise à l'hôpital Trousseau en 1892, le diagnostic en est presque impossible.

La péritonite généralisée par perforation étant diagnostiquée, peut être due à tout autre cause qu'à une appendicite, car la péritonite est la même, et les symptômes se présentent sous le même aspect, avec la même intensité ; un examen très attentif, reposant sur le mode de début et la marche des symptômes, pourra seul fournir quelques chances d'éviter des erreurs. Telle est la péritonite par perforation de l'estomac dans le cours d'un ulcère évoluant à l'état latent. Walter rapporte deux cas semblables dans lesquels, on avait porté le diagnostic de péritonite par perforation appendiculaire ; les malades moururent et l'autopsie démontra deux perforations de l'estomac. Ces cas d'empatement de la fosse iliaque droite dans les perforations de l'estomac ne sont pas rares et peuvent prêter à confusion. En effet, nous voyons dans le *Lyon médical* de mai 1899, le cas d'un malade opéré par M. Delore, chef de clinique chirurgicale, et chez lequel grâce au ventre bal-

lonné, à la douleur et à l'empâtement de la fosse iliaque droite on pouvait penser à une appendicite perforante. M. Delore pratiqua la laparotomie médiane et tomba sur un abcès sous-hépatique dû à une perforation de la petite courbure.

Une cholecystite suppurée ne peut non plus être diagnostiquée, même au point de vue étiologique. Jalaguier cite un cas, rapporté par Jacob, cas dans lequel tous les symptômes avaient porté à croire à « une péritonite généralisée d'origine appendiculaire, avec appendice haut situé. » On pratique la laparotomie : « l'appendice rouge couvert de fausses membranes n'est pas perforé. » L'enfant meurt et à l'autopsie on trouve une cholecystite suppurée.

Dieulafoy et dernièrement encore Pinard ont particulièrement insisté sur la confusion possible d'une péritonite appendiculaire, avec la péritonite déterminée par la rupture d'un kyste foetal infecté; les symptômes hémorragiques qui suivent cette dernière affection et les commémoratifs de la malade pourront seuls mettre sur la voie du diagnostic.

Signalons en outre la confusion possible de la péritonite par perforation avec une rétention de règles due à une imperforation de l'hymen (Jalaguier.) On voit donc combien est délicat le diagnostic de l'appendicite, les cliniciens les plus habiles et les plus expérimentés ont été dans certains cas induits en erreur, aussi Duplay avait-il raison de dire que « c'est plutôt par des nuances souvent difficiles à saisir que l'on parviendra dans certains cas à établir le diagnostic. »

On ne saurait trop, là, plus que dans n'importe quelle autre circonstance, en examiner les différents symptômes avec une minutieuse attention, une erreur de diagnostic

serait déplorable en conduisant à une thérapeutique contraire qui, accélérant la marche des événements, ne permettra plus d'intervenir avant la généralisation des phénomènes péritonéaux.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. X. Delore, chef de clinique chirurgicale.

Appendicite perforante aiguë. — Péritonite généralisée. — Mort.

S... Louis, 43 ans, journalier, né à Lucenay, demeurant à l'Arbresle (Rhône), est envoyé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Poncet, le 12 avril, à 7 heures du soir, avec le diagnostic d'appendicite.

Cet homme, qui jouissait d'une bonne santé habituelle, qui n'avait jamais présenté de coliques abdominales antérieures, avait été surpris le 8 avril au matin par une douleur violente dans la région hypogastrique, celle-ci s'était accompagnée de quelques vomissements verdâtres.

Le lendemain et les jours suivants, les vomissements avaient persisté, toujours de plus en plus abondants. La douleur, qui avait toujours son maximum dans la fosse iliaque droite et dans l'hypogastre, s'était peu à peu diffusée dans le reste de la grande cavité péritonéale. La constipation était absolue depuis le début des accidents.

Le 13 avril 1899, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constatait que le pouls était à 96 par minute, la température atteignait 38° 5, l'abdomen était peu météorisé. Malgré cette absence de signes graves, l'aspect général du malade permettait de conclure à des désordres graves, à une péritonite généralisée. Les yeux étaient excavés, le facies péritonéal. La douleur était vive dans la fosse iliaque droite, elle était également manifeste dans la fosse iliaque gauche et sous les fausses côtes gauches. La respiration diaphragmatique était nulle. Le toucher rectal accusait une vive sensibilité du cul-de-sac de Douglas.

Le jour même, opération par M. X. Delore, chef de Clinique. Incision iliaque qu'on prolonge en bas ; car le cœcum occupe une situation basse.

Après l'ouverture du péritoine, issue de 200 à 300 gr. de sérosité louche, jaunâtre contenue dans la grande cavité péritonéale. La péritonite généralisée est évidente. M. Delore attire *l'appendice qui est perforé en son milieu et complètement sphacélé* ; les deux moitiés ne sont plus rattachées l'une à l'autre que par le méso-appendice. En attirant cet appendice, un flot de 100 à 150 gr. de pus vient sourdre à l'orifice de l'ouverture abdominale. Ce liquide était contenu dans une cavité, limitée par de très faibles adhérences péritonéales et plongeant dans le petit bassin.

On termine l'opération par une résection de l'appendice, la ligature à la base : un drainage est établi dans tout le champ opératoire par des drains et des mèches de gaze.

Dans l'intérieur de l'abcès on trouve un calcul stercoral ovale, gros comme une petite noisette. Sérum artificiel.

Le malade après avoir présenté une rémission dans les douleurs, mourut le 15 avril, à midi, 50 heures après l'opération.

Autopsie. — Péritonite purulente généralisée remontant à 6 ou 7 jours. Outre l'abcès de la fosse iliaque, on rencontrait encore un large abcès périplénique, un abcès dans la fosse iliaque gauche, du pus dans le petit bassin. En outre, en divers points, les anses intestinales étaient réunies entre elles par des adhérences fibrino-purulentes.

OBSERVATION II

Due à la bienveillance de M. le Professeur Poncet — communiquée par M. Vignard, interne des Hôpitaux.

Appendicite avec perforation. — Péritonite diffuse. — Laparotomie 4 jours après le début des accidents. — Mort.

T*** demeurant cours Gambetta, Lyon. Enfant âgé de 12 ans, opéré le lundi 4 juillet 1898, à 9 heures du soir, avec l'assistance de MM. les docteurs Janin et Bayle. L'affection a débuté le jeudi

30 juin sans causes appréciables. Le début a été aigu et marqué par quelques vomissements. L'enfant est ramené à la Tour-du-Pin, où il était en pension, le dimanche ; on avait pensé dans son entourage à une fièvre typhoïde.

Le lundi quelques vomissements dans la journée qui n'avaient pas eu lieu les jours précédents. — Facies laissant à désirer, yeux excavés, ventre ballonné partout douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite. Pouls à 80. Pas grande élévation à la main de la température.

Opération. — Le lundi, à 9 heures du soir, laparotomie iliaque, péritonite diffuse, suppurée ; exsudat fibrineux, liquide, fétide ; odeur fécaloïde. L'appendice est amené aisément au dehors, il est rouge, gonflé et présente les caractères suivants :

Perforation à l'emporte-pièce à 12 ou 15 centimètres de son extrémité et des dimensions d'un pois.

Ablation de l'appendice, drainage et tamponnement à la gaze iodoformée, pansement.

Le 5 juillet, nuit agitée, ventre ballonné, pouls à 110, langue humide, T. R. = 37° 8.

Le 6 juillet, amélioration, selle spontanée. T. = 37°.

La guérison paraît probable.

Le 7 juillet, aggravation rapide de l'état général, ventre très ballonné, la température est au-dessous de 37°. Mort dans la nuit à 10 heures du soir.

L'incision de l'appendice en longueur avait montré une tunique épaissie ; la muqueuse était violacée et comme sphacélée.

Nulle part de corps étrangers, ni de rétrécissement.

OBSERVATION III

Due à la bienveillance de M. le Professeur Poncet — communiquée par M. Vignard, interne des Hôpitaux.

Appendicite perforante aiguë. — Péritonite diffuse. — Laparotomie pratiquée 6 jours après le début des accidents. — Mort.

M. S... âgé de 22 ans, étudiant en droit, a été pris dans la nuit du 5 décembre 1898, de douleurs dans la fosse iliaque droite. Le

diagnostic porté par son médecin, le docteur Bernay, puis par le docteur Bouveret appelé en consultation, fut celui d'appendicite de moyenne sévérité.

Lorsque M. le Professeur Poncet vit le malade, le 10 décembre, le ventre était ballonné, un peu douloureux dans toute son étendue, l'état général et le facies du malade paraissaient inquiétants, les vomissements étaient restés, depuis le début des accidents éloignés les uns des autres, mais un état nauséux avait persisté.

Opération dans la soirée du 11 décembre.

On trouve une péritonite suppurée, diffuse, avec large perforation de l'appendice.

Après l'opération la température qui était restée autour de 38° s'élève à 40° 5. Le malade eut une nuit très agitée, et succomba 12 heures après l'intervention.

OBSERVATION IV

Due à la bienveillance de M. le Professeur Poncet — communiquée par M. Vignard, interne des Hôpitaux.

Appendicite perforante aiguë simulant une occlusion intestinale.

— Laparotomie pratiquée 4 jours après le début des accidents.

— Appendice gangrené. — Mort.

M. L..... 58 ans, est pris dans la soirée du dimanche 12 mars 1899, quelques instants après son repas, de douleurs vives dans la fosse iliaque droite et présente à partir de ce moment tous les signes d'une occlusion intestinale.

Le diagnostic porté par plusieurs médecins appelés auprès de lui est celui d'obstruction de l'intestin. La température ne s'était jamais élevée au-dessus de 38°. Le pouls n'avait pas dépassé 100.

Ventre ballonné, mais peu douloureux. Pas de vomissements, mais état nauséux persistant, aucune émission gazeuse.

En tenant compte des accidents éprouvés par le malade et en l'interrogeant sur des accidents semblables mais très atténués

qu'il aurait ressentis l'année précédente, M. le Professeur Poncet fit le diagnostic d'appendicite perforante.

Opération le jeudi 16 mars. — On tombe sur une péritonite diffuse avec liquide à odeur gangreneuse. L'appendice est complètement gangrené.

Mort le lendemain.

OBSERVATION V

M. Lepine — *Lyon Médical*, 1897 (p. 228.)

Appendicite perforée. — Péritonite. — Occlusion intestinale par réflexion à angle aigu de l'intestin grêle, causé par des fausses membranes récentes. — Mort.

A***, âgé de 40 ans, entre dans le service de la clinique médicale le 20 janvier au soir, avec des symptômes d'une occlusion intestinale remontant à quatre jours et paraissant avoir débuté brusquement. Toutefois, il importe de savoir que depuis trois mois le malade a éprouvé à diverses reprises de la douleur dans la fosse iliaque droite, qu'il attribuait à une hernie.

Le 16 février, il fit appeler le docteur Michel, à l'obligeance duquel je dois tous les renseignements suivants sur l'état du malade du 16 au 20 janvier. Je transcris, textuellement, la note qu'il a bien voulu me remettre :

« Le malade se plaint d'une douleur lancinante dans le bas ventre à droite et vers l'ombilic. Je ne découvre aucune trace de hernie. Le ventre est ballonné, la palpation à droite est très douloureuse. Je constate un empâtement assez considérable, mal limité, qui occupe presque toute la fosse iliaque. Le malade a eu des frissons dans la matinée; pas de vomissements. Rien d'anormal du côté du cœur et des poumons. T. R. 38° 1; pouls 120; respiration 30. Prescription : potion opiacée; cataplasmes; lavement purgatif.

« Le 17 janvier, 2 heures du soir, amélioration de l'état local. Le ventre est moins ballonné; la palpation n'est presque plus douloureuse et l'empâtement a considérablement diminué; deux selles, T. R. 38°, pouls 120.

« La nuit suivante, vomissements qui deviennent de plus en plus fréquents et abondants.

« Le 18 janvier, consultation avec le docteur Rabot. Le malade est très abattu, angoissé, mais il ne présente aucune douleur; envies de vomir; soif; ventre ballonné, pouls toujours à 120, mais très petit T. R. 37°5, dyspnée considérable; l'introduction d'une longue sonde de gomme élastique dans le rectum n'est suivi d'aucun effet.

« Le 19 janvier. Plusieurs lavements ont été donnés sans résultat; les vomissements sont incoercibles; le facies grippé; le pouls filiforme; hoquet, sueurs froides; T.R. 37°; état général; très grave. J'insiste pour que le malade soit transporté à l'hôpital. »

20 janvier. Aujourd'hui le malade est admis à l'Hôtel-Dieu et il est examiné le soir par le docteur Pauly, chef de clinique, qui constate un état encore plus grave que la veille, le ventre est très ballonné. L'opportunité d'une opération se pose, mais elle écartée en raison du peu de chance de succès.

La mort a lieu dans la nuit.

Autopsie. — Par un temps froid, pas de putréfaction, elle est faite par M. Paviot et par moi (M. le professeur Lepine).

A l'ouverture de l'abdomen on constate l'existence d'une péritonite sans liquide purulent et caractérisée par la rougeur des anses intestinales avec léger exsudat. Dans la fosse iliaque l'exsudat se présente sous la forme de quelques membranes fibreuses infiltrées de pus et très molles. Ces fausses membranes fixent deux anses d'intestin grêle en une position telle que ces anses sont coudées à angle très aigu. Telle est la seule cause de l'occlusion intestinale.

En déchirant avec le doigt ces adhérences récentes, on pénètre à quelques centimètres de profondeur sur l'appendice iléo-cœcal entouré de fausses membranes purulentes d'une longueur de 6 centimètres. Au niveau de la partie la plus renflée sa circonférence est de 5 centimètres. Après l'avoir incisé longitudinalement, on voit que sa cavité est tout à fait libre, fusiforme et non close. Vers la moitié de la longueur de l'appendice, la paroi est épaissie et nécrosée. A ce niveau existe une perforation par laquelle il est aisé de faire passer une allumette de moyenne grosseur.

Le cœcum est parfaitement sain et les autres organes ne présentent rien de particulier.

OBSERVATION VI

Brun et Letulle. — *Presse médicale*, 4 août 1897.

Première attaque d'appendicite légère deux mois avant, 2^e attaque d'appendicite perforante aiguë. — Laparotomie cinq jours après le début des accidents. — Appendice sphacélé. — Guérison.

Mas... Marie, 14 ans. Entrée le 19 septembre, l'enfant est malade depuis cinq jours seulement. Les accidents ont débuté par des douleurs dans le côté droit du ventre avec vomissements. L'enfant n'était pas allé à la selle depuis deux jours. Purgée il y a deux jours avec de l'huile de ricin, elle continua depuis à vomir et à souffrir vivement.

La constipation était habituelle chez cette enfant. Il y a deux mois environ, elle avait été prise brusquement, pendant la nuit, de violentes douleurs de ventre et de vomissements. Dès le lendemain, tout avait cessé. Les parents de la malade sont bien portants et n'ont pas d'autre enfant.

On constate que le ventre est très douloureux, la défense musculaire est considérable. Empâtement indistinct de la région cœcale.

L'opération est faite le même jour. — Incision habituelle parallèle à l'arcade. OEdème du tissu cellulaire sous-péritonéal. A l'incision du péritoine, un peu de sérosité louche s'écoule.

Le cœcum est libre sans adhérence; au-dessous de lui, vers le petit bassin, on trouve un foyer de pus grumeleux, mal lié, extrêmement fétide, et au milieu duquel plonge l'appendice. L'appendice est sphacélé sur une longueur de deux centimètres environ. On pratique sa résection. Drainage à la gaze.

Pendant quelques jours l'état général continue à être grave. La température reste élevée, le pouls très rapide, oscillant entre 130 et 150. Bientôt cependant et grâce peut-être à d'abondantes injections de sérum la situation s'améliore progressivement. Le 22 novembre l'enfant sort complètement guérie.

OBSERVATION VII

Mercredi médical, 3 juillet 1895. — Société anatomique,
26 juin 1895.

M. Jalaguier rapporte une observation de M. Rigal, médecin militaire à l'hôpital Saint-Martin.

Il s'agit d'un malade ayant déjà éprouvé en juin 1893 de vives douleurs abdominales, à la suite d'une ingestion d'eau froide. Il commença son service militaire au mois de novembre suivant, lorsque le 18 février 1894, il fut soudain pris de coliques vives et de douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite. Deux jours plus tard on l'amena à l'hôpital Saint-Martin. M. Rigal constata un empâtement dans la fosse iliaque droite. Le pouls était à 120, la température à 38°.

Il n'y avait pas de vomissements bilieux; ni selles, ni gaz n'avaient été rendus depuis 3 jours. *M. Rigal porta tout d'abord le diagnostic d'occlusion intestinale et administra, contrairement à l'opinion généralement admise en pareil cas, des lavements et des purgatifs qui furent sans effet. Mais devant l'aggravation des symptômes il décida le surlendemain une opération sanglante.* Une incision fut faite au-dessus de l'arcade crurale en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. On trouva dans la cavité abdominale des anses d'intestin grêle agglutinées, on souleva le cœcum, on recueillit une cuillerée à bouche de liquide sanguinolent et l'on vit à la face postérieure du cœcum une ulcération non encore perforée. L'appendice fut réséqué, un drain mis dans la plaie et celle-ci refermée. Guérison qui s'est maintenue parfaite.

OBSERVATION VIII

De M. le Professeur Poncet, in thèse Lasserre.

Appendicite perforante aiguë. — Péritonite diffuse.
Laparotomie le 5^{me} jour. — Mort.

M. S. âgé de 22 ans; aucun antécédent appendiculaire; présente

depuis quatre jours les signes d'une appendicite de moyenne sévérité. On note cependant chez lui, un état nauséeux persistant; le pouls est rapide, petit à 120, quoique la température oscille entre 38 et 39°; ventre un peu partout douloureux, mais à peine ballonné. Le malade est vu en consultation par M. Poncet avec MM. Bouveret et Bernay.

L'opération est décidée et pratiquée le cinquième jour après le début des accidents. On trouve une péritonite avec du liquide séro-purulent, sanieux, particulièrement fétide, contenant trois boulettes stercorales du volume d'un gros pois et provenant d'une perforation de l'appendice.

L'opération se borne à la simple incision avec résection facile de l'appendice et drainage par la plaie. Mort douze heures après l'opération.

OBSERVATION IX

Peraire, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, mai 1897.

Appendicite. — Troisième rechute. — Laparotomie latérale. — Foyer purulent rétro-cœcal. — Appendicite gangrenée séparée du cœcum. — Gaz mélangé au pus — Perforation intestinale.

M. Peraire montre un appendice enlevé le matin même par le Professeur Terrier. Cet appendice a cela de remarquable, c'est qu'il est complètement gangrené. Il contient dans sa cavité deux coprolithes, chacun du volume d'un pois. Cet appendice comparable à un morceau d'étoupe mouillée répand une odeur de sphacèle caractéristique. Il s'agissait d'une jeune Canadienne de vingt à vingt-cinq ans qui avait déjà eu deux crises de coliques appendiculaires et qui fut prise, il y a quelques jours, de phénomènes péritonéaux graves. Après avoir éliminé l'idée d'une salpingite que ne démontrait pas le toucher vaginal, M. Perrier fit le diagnostic d'appendicite avec abcès probable péricœcal. — Toute la fosse iliaque droite était douloureuse et empâtée. La malade avait de la fièvre. *C'est donc en pleine crise aiguë qu'elle a été opérée.*

Après ouverture latérale droite de l'abdomen, on a trouvé

l'épiploon congestionné, rougeâtre, comme infiltré et adhérent à la paroi antérieure du cœcum. Après destruction des adhérences et résection de cet épiploon, on a découvert un vaste foyer purulent situé en arrière du cœcum et répandant une odeur infecte, puis nageant au milieu du pus, l'appendice complètement séparé du cœcum, s'effilochant et présentant une teinte d'un gris verdâtre. Il a suffi de le saisir avec une pince à disséquer pour l'extraire. Des gaz existaient mélangés au pus et on a constaté une perforation intestinale dans laquelle on pouvait faire pénétrer facilement une sonde cannelée. On s'est contenté de faire un lavage sommaire de la cavité de l'abcès au moyen d'eau salée, on a placé un drainage à la Mickuliez, à la gaze stérilisée, un drain en caoutchouc au fond de la plaie et on a fermé l'abdomen sans chercher à suturer la perforation intestinale.

M. Peraire insiste sur la nécessité d'opérer rapidement les appendicites ainsi que cela a été dit souvent et sur l'inutilité d'attendre le sphacèle de l'appendice, les abcès appendiculaires et la perforation du cœcum.

OBSERVATION X (résumée)

Lejars. — *France médicale*, 1890.

Le 30 mai 1884, on apporte dans le service de M. Auger un homme de 23 ans, terrassier très rigoureux, et *malade depuis 3 jours seulement* ; il avait été pris tout à coup, en pleine santé, de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements et d'un affaissement général pseudo-lipothymique. Le même jour, suppression de la miction.

Pendant ce temps, l'état général s'aggravait et les accidents péritonéaux s'accusaient de plus en plus.

A son entrée à l'hôpital, l'ensemble des symptômes (affaiblissement extrême, parole entrecoupée, respiration pénible, $T = 36^{\circ}$, petitesse et irrégularité du pouls, vomissements, regurgitations) indique la péritonite généralisée.

Le ventre est ballonné surtout dans la portion sous-ombilicale et à l'hypogastre se dessine un relief vaguement arrondi qui se

prolonge jusque dans les fosses iliaques. A ce niveau matité mal circonscrite, l'exploration ne laisse découvrir ni tumeur, ni collection.

Le ténésme vésical étant toujours très intense, le cathétérisme est pratiqué, mais en vain. Une ponction suspubrenne faite avec l'aspirateur Potain ne donne encore que quelques grammes d'urine normale.

Comme il est trop tard pour tenter une intervention active, on se sert de moyens palliatifs. La situation ne fait qu'empirer et le malade meurt dans la nuit.

A l'autopsie : on trouve une péritonite purulente généralisée.

Pas de perforation sur le tube digestif. Seul l'appendice était perforé à son extrémité, un peu épaissi et la muqueuse à sa face interne n'était pas ulcérée. Sa cavité était libre ; les autres organes sont sains.

OBSERVATION XI

Lebrun. — *Annales de la Société belge de Chirurgie.* — Bruxelles, 1898-11.

Appendicite suppurée; déchirure de l'abcès dans la grande cavité péritonéale; péritonite purulente généralisée; laparotomie probablement vers le quatrième jour; guérison.

Il s'agit d'un enfant de 7 ans, rachitique, d'un état de santé générale très mauvais, conséquence des conditions défectueuses d'hygiène et d'alimentation dans lequel il a vécu. Cet enfant est atteint d'une appendicite avec point douloureux dans la région cœcale. Cette douleur, au bout de deux jours, est irradiée dans tout le ventre. Submatité à droite au-dessus de l'arcade crurale, facies altéré, pouls rapide, température 37° 8, vomissements bilieux. Puis le ventre se ballonne, tous les symptômes s'aggravent, le facies devient grippé, le pouls imperceptible.

On fait la laparotomie et on constate une péritonite suppurée généralisée. Dans la cavité de l'abcès déchiré à la face externe du cœcum, on trouve une petite masse fécaloïde, dure, allongée,

du volume d'un gros noyau de cerise; le cœcum est épaissi, rouge, recouvert de fausses membranes en partie sphacélées.

En entendant des gaz intestinaux s'échapper du fond de la cavité de l'abcès, on n'insiste pas trop pour trouver l'appendice, qui doit être compris dans les fausses membranes.

On nettoie avec de la gaze stérilisée sèche le péritoine, on draine et on panse à l'iodoforme.

L'amélioration très rapide a été complète au bout de 15 jours.

OBSERVATION XII (résumée)

Dieulafoy. — Académie de Médecine. — Séance du 7 février 1899.

Appendicite perforante aiguë au cours d'une grossesse. — Amélioration. — Laparotomie le 4^e jour. — Appendice gangrené. Guérison.

Une jeune femme de 23 ans, grosse de 4 mois, est prise dans la nuit du dimanche au lundi 9 janvier, des symptômes d'une indigestion (douleur de ventre, vomissements et six garde-robes).

Le lundi les douleurs abdominales persistent, on crut au début d'une fausse couche et on appelle M. Pinard, qui constate que l'utérus n'était pour rien dans les douleurs abdominales.

Aggravation les jours suivants.

Le 12 et le 13, vomissements, localisation des douleurs au point de Mac Burney, ballonnement du ventre et défense musculaire.

Le 13 au soir, T. = 39° 3, le pouls est à 120, léger frisson.

Le 14, M. Dieulafoy, appelé en consultation, apprend qu'un changement à vue s'est produit depuis la veille au soir. Les douleurs abdominales ont disparu, les vomissements ont cessé. La malade a dormi, il y a eu deux mictions abondantes et émission de gaz.

Non seulement on ne croit pas à l'amélioration, mais la conviction est que la malade est en pleine péritonite appendiculaire. M. Segond confirme le diagnostic de M. Dieulafoy et demande l'intervention chirurgicale immédiate.

L'opération est pratiquée le soir à cinq heures par M. Segond.

À l'ouverture du péritoine, un flot de sérosité trouble s'écoule, avec une odeur tellement fétide que la chambre d'opération est immédiatement infectée, on découvre alors une anse intestinale d'un rouge pourpre, et un appendice gangrené.

Ablation de l'appendice gangrené, grand lavage à l'eau stérilisée chaude, suture partielle de la plaie, drainage et pansement. Les suites de l'opération ont été des plus heureuses, car la malade est sauvée.

OBSERVATION XIII

De M. le Professeur Poncet (in thèse Lasserre).

Appendicite perforante aiguë. — Péritonite généralisée. — Laparotomie iliaque. — Mort.

M. A... âgé de 54 ans, directeur des Postes à Valence, présente depuis quelques jours, pour la première fois, des signes d'appendicite.

M. Poncet, appelé en consultation par ses confrères MM. les Docteurs Courbis et Robin, confirme ce diagnostic.

Depuis deux jours l'état du malade s'est notablement aggravé, quoique la température rectale ne dépasse guère 38°.

Facies mauvais, vomissements presque continus.

Laparotomie iliaque faite par M. le Professeur Poncet; péritonite généralisée suppurée avec liquide sanieux particulièrement fétide.

L'appendice présente *une double perforation*.

Drainage par la plaie.

Mort 28 heures après l'opération.

OBSERVATION XIV

De M. le Professeur Poncet (in thèse Lasserre).

Appendicite perforante aiguë. — Laparotomie environ 4 heures après le début. — Péritonite diffuse. — Mort.

Hélène P..., âgée de 11 ans, se plaignait depuis quelques se-

maines de douleurs plus ou moins vagues lorsqu'elle fut prise de douleurs vives dans la matinée du samedi 19 mars.

Le Docteur Bonnet diagnostique une appendicite qu'il suppose, d'après les signes existants, devoir évaluer simplement. Etat nauséux persistant. La température maximum a été dimanche soir de 39° 3. A partir de ce moment elle se maintient entre 38 et 39 degrés. M. Poncet voit l'enfant en consultation le lundi 21 mars, à 3 heures de l'après-midi.

La petite malade a le facies un peu grippé, les yeux légèrement excavés et une expression particulièrement dolente. Elle a vomi une seule fois dans la matinée; mais l'état nauséux est persistant, ventre à peine ballonné, douleurs diffuses partout, mais surtout au point de Mac Burney. Pas de tumeur iliaque appréciable. Pouls 120.

L'opération est décidée et pratiquée le même soir, à 6 heures. Péritonite diffuse par perforation, l'appendice est perforé à 15 ou 20 millimètres de l'extrémité. M. Poncet enlève l'appendice et draine par la plaie.

Le lendemain la température était de 37° 4; mais l'état général s'aggravait progressivement et l'enfant succombait le 23 mars, à 10 heures du soir.

OBSERVATION XV

de M. le Professeur Poncet (in Thèse Lasserre).

Appendicite chronique depuis 10 ans. — Péritonite diffuse au début d'une colique appendiculaire. — Laparotomie 48 heures après le début des accidents. — Perforation de l'appendice. — Mûrt.

M. M..., 48 ans, est un homme d'apparence vigoureuse, quoique diabétique depuis plusieurs années. Pas d'obésité, pas de maigreur cachectique.

Ce malade est atteint d'une appendicite à rechute, ayant déjà plusieurs fois déterminé des crises douloureuses passagères avec quelques vomissements. Ces crises remontent à environ

une dizaine d'années, elles duraient quelques heures mais le malade n'a jamais été alité. Elles étaient séparées par de longs intervalles de bonne santé apparente.

Le mardi 5 mai au soir, après avoir toute la journée vaqué à ses occupations sans éprouver aucun malaise, le malade est pris subitement après son diner de douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite avec vomissements, sueurs, constipation.

Le lendemain état stationnaire, les mêmes phénomènes locaux persistent, il y a très peu de rétrécissement sur le grand péri-toine. $T = 38^{\circ} 2$.

Le 7 mai au matin, M. Bouveret, remarque un empâtement dans la fosse iliaque droite, celle-ci est douloureuse au palper abdominal; le ventre est légèrement ballonné, mais la zone sous-ombilicale et la région épigastrique, ainsi que les attaches costales du diaphragme sont absolument indolores.

Le toucher rectal pratiqué ne détermine aucune douleur, il semble que Douglas ne soit par conséquent pas enflammé.

Les douleurs spontanées sont tolérables, les vomissements peu fréquents; la constipation dure. L'état général se maintient bon, quoique le pouls soit à 116. $T = 38^{\circ} 4$.

Le jeudi 7, à 5 heures du soir, M. le professeur Poncet examine le malade.

Les phénomènes locaux ont diffusé vers le reste de l'abdomen qui est plus ballonné, un peu douloureux au palper vers l'ombilic et l'épigastre. La contracture des muscles de la paroi empêche de pratiquer un palper profond.

L'état général s'est aggravé; les traits sont tirés, le facies est terreux, la dyspnée est peu accusée mais le pouls est à 120.

Les vomissements sont peu fréquents seulement alimentaires et bilieux.

L'intervention est immédiatement décidée, c'est-à-dire *quarante-huit heures après le début des accidents*. On fait l'incision classique en fer à cheval sur l'épine iliaque. A l'ouverture du péri-toine s'écoule du jus sanieux, à odeur fécaloïde et aigrette, et des anses de l'intestin grêle, congestionnées, recouvertes d'un mince enduit fibrineux, se présentent dans la plaie; après leur réintégration on va à la recherche de l'appendice qui est appliqué contre la paroi postérieure de la fosse iliaque, à peu près sur le détroit supérieur. Amené dans la plaie, cet organe se présente

turgide, livide avec des plaques noirâtres et une perforation siégeant à la partie supérieure, et sur laquelle est appliquée une boulette stercorale. Sur toute la longueur de l'appendice se trouve un épais bourrelet adipeux, une pince à demeure est appliquée sur l'appendice, la section de l'organe est faite et une mèche de gaze iodoformée est placée dans la plaie pour assurer le drainage. Pansement.

Le 8 mai, le pouls quoique assez bon, oscille comme la veille entre 100 et 120. $T = 38^{\circ} 7$. Vomissements, ballonnement du ventre, nuit agitée, douloureuse. Le moral est atteint, cependant l'état général ne paraît pas très mauvais. La soif est intense. $T = 38^{\circ} 7$.

Le soir, le ventre est toujours ballonné, vomissements, pouls à 120, pas de douleur. Régurgitations presque constantes et sans effort, d'un liquide marc de café, sans odeur fécaloïde. Urines rares, 60 centimètres cubes, émises en trois fois. Depuis l'opération le malade fait trente respirations par minute sans aucune sensation de dyspnée. Pas de sueurs, la peau est moite et les extrémités sont peu refroidies.

Le vendredi 9 mai, le ventre est très ballonné, le pouls petit est à 120. $T = 37^{\circ} 9$. L'agitation continue, l'anxiété est encore plus grande que la veille. La soif est extrême, les vomissements rares. Ce qui domine, c'est le météorisme. La peau est sèche, il s'écoule par la plaie un liquide sanieux d'une fétidité aigrelette, un anus contre nature s'établit sur une anse d'intestin agglutinée au niveau de la plaie qui laisse échapper des gaz, mais pas de matières. L'anse ouverte seule s'est vidée; le volume du ventre ne diminue point et le malade n'éprouve pas de soulagement appréciable. Le facies n'est pas trop mauvais, et cependant il a eu du subdélirium la nuit précédente. Les extrémités sont froides, les douleurs abdominales ont complètement disparu.

Le 10 mai, l'agonie commence à 1 heure du matin.

OBSERVATION XVI

Société de Chirurgie : séance du 22 mars 1899.

Appendicite perforante aiguë. — Opération 30 heures après le début des accidents.

M. Peyrot présente un appendice qui a été enlevé d'urgence dans son service par M. Souligoux. Il s'agissait d'un garçon de 21 ans qui a été opéré 30 heures après le début des accidents avec température de 38° et 84 pulsations. Il n'avait que la douleur au point de Mac Burney, sans défense musculaire, sans réaction péritonéale; or, cet appendice présente de multiples petits abcès sur sa paroi et est en voie de sphacèle.

OBSERVATION XVII

Société de chirurgie : séance du 22 mars 1899.

Appendicite perforante. — Laparotomie 48 heures après le début. Guérison.

M. Guinard cite l'exemple d'un jeune homme de 17 ans pris brusquement d'appendicite. Le lendemain, tout était rentré dans l'ordre; il ne restait plus qu'un peu de douleur au point de Mac Burney. M. Guinard crut devoir attendre; 48 heures après ce jeune homme fut pris de phénomènes suraigus. M. Guinard trouve en arrivant le malade mourant; il l'opère; il trouve un appendice sphacélé, perforé avec calculs stercoraux dans le ventre. Malgré la gravité de la situation, ce malade a guéri. M. Guinard a vivement regretté de ne pas l'avoir opéré le premier jour.

OBSERVATION XVIII

Société de chirurgie (même séance).

M. Tuffier a vu un malade ayant eu la veille un frisson violent avec 40°, quelques douleurs, pas de vomissements. *Le lendemain*, le pouls était à 70, la température à 37°. Il opère et trouve un appendice perforé. Guérison probable.

OBSERVATION XIX

*Termet, interne des hôpitaux. — Société anatomique. —
Mai 1896.*

Appendicite perforante aiguë ; péritonite simulant une obstruction intestinale ; laparotomie 48 heures après le début ; mort.

Le nommé V... Eugène, employé de bureau, âgé de 45 ans, entre le 4 avril 1896, salle Dupuytren, lit n° 4, avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

Le jeudi 2 avril, le malade allant à la selle avait été pris d'une douleur brusque dans l'abdomen, un peu plus accentuée à droite ; cette douleur fut suivie de vives coliques qui persistèrent jusqu'à son entrée à l'hôpital. A ce moment, 4 avril, le facies du malade est grippé. La langue est saburrale, mais humide. Le ventre est ballonné, très tendu. La respiration est gênée. Il n'a pas eu de vomissements avant son entrée à l'hôpital, mais depuis le moment où, le jeudi soir, il éprouva cette douleur, il ne rendit par l'anus, ni matière, ni gaz. La palpation du ventre est douloureuse ; à la percussion, tympanisme très marqué ; T = 38° 5. Le diagnostic porté, fut : occlusion intestinale, mais avec des réserves, et M. Fauré, chirurgien de garde, décida de faire la laparotomie médiane.

A l'incision du péritoine, il s'écoule du liquide séro-purulent d'odeur fétide; adhérences et lésions plus marquées du côté du cœcum. On fait vers cette région une incision partant à angle droit de la première. On tombe sur un appendice perforé portant à son extrémité une frange épiploïque gorgée de sang. Près de l'appendice on trouva une petite masse stercorale tombée dans l'abdomen et comparable à un pépin d'orange. L'appendice fut ligaturé avec un gros catgut et réséqué.

Vu le mauvais état du cœcum, M. Faure le fixa dans l'angle de la plaie et établit un drainage à la gaze stérilisée. Pansement. Le soir le malade n'est pas mal. Pouls de 90 bien frappé.

Vers 11 heures, il est un peu agité; piqure de morphine.

5 avril. — Le malade est dans un état satisfaisant mais un peu plus faible que la veille; quelques nausées. Injection intraveineuse de 1500 gr. de sérum. T = 37° 2. Vomissements verdâtres assez fréquents mais non fécaloïdes. L'abdomen est météorisé; la respiration gênée. Le malade s'affaiblit, à 6 heures du soir 36° 8. Le malade va en s'affaiblissant et meurt le 6 avril, à 6 heures du matin.

A l'autopsie on retrouve les mêmes lésions, un peu plus accentuées qu'à l'opération.

Le pus fut prélevé avec une pipette; « les préparations montrèrent du *bacterium coli* à l'état de pureté. »

OBSERVATION XX

De M. le professeur Poncet (in thèse Lasserre.)

Appendicite perforante aiguë; laparotomie environ 40 heures après le début des accidents; mort.

M. L. F..., âgé de 36 ans, avocat, a eu dans l'espace de 15 mois, trois attaques d'appendicite. Le 30 janvier 1898, il est pris dans la nuit d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Son état paraît s'aggraver progressivement, et le 2 février M. Poncet le voit en consultation dans l'après-midi avec les D^{rs} Vinay, Guire et Chadelux.

L'intervention chirurgicale est décidée et pratiquée dans la soirée. On trouve une péritonite généralisée suppurée et vers la partie moyenne de l'appendice coudé, distendu, une perforation de dimensions de 3 à 4 millimètres. Drainage par la plaie.

L'état général continue à s'aggraver et le malade succombe dans la nuit du 3 février, à 4 heures du matin.

OBSERVATION XXI

Faisans. — Société médicale des hôpitaux. — 28 février 1896.

Appendicite perforante aiguë; mort après 48 heures de maladie.

Le jeune Fr..., âgé de 15 ans, est atteint en décembre 1894, de troubles gastro-intestinaux très violents et très subits, vomissements, constipation, douleurs très vives dans l'abdomen; on le purge.

Après 48 heures de maladie, il meurt de péritonite généralisée à la suite de perforation.

OBSERVATION XXII

Dieulafoy. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.

Dans la nuit du 23 au 24 juin 1896, un enfant de 7 ans, n'ayant jamais eu le moindre trouble intestinal, et s'étant couché en fort bonne santé, fut pris de douleurs du ventre bientôt suivies de vomissements. Le docteur Landowski qui vit le petit malade, le lendemain matin, constata la localisation des douleurs dans la fosse iliaque droite au point de Mac Burney.

La fièvre était très vive, la température à 40°, le pouls à 139. Appelé 24 heures après par notre confrère, qui, dès la veille, avait porté le diagnostic d'appendicite, je considérai la situation comme des plus graves. La douleur et la défense musculaire existaient dans la fosse iliaque droite, le facies était grippé, le ventre bal-

lonné, le pouls petit et très accéléré; la température était toujours fort élevée, les vomissements persistaient, en un mot, tout indiquait une péritonite diffuse sans qu'il fut possible de dire à quel moment les accidents péritonéaux avaient succédé aux accidents appendiculaires. Nous fûmes d'avis que l'opération devait être immédiatement pratiquée et M. Routier en fut chargé.

L'enfant fut opéré à midi, c'est-à-dire *trente-six heures après le début des accidents*. A l'ouverture du ventre, on constata une péritonite sero-purulente diffuse, sans aucune tendance à l'enkistement; l'appendice était déjà gangrené et perforé, c'est vous dire que la situation était des plus alarmantes. L'examen de cet appendice me démontra que la gangrène et la perforation étaient sous-jacentes à un calcul appendiculaire qui avait transformé le mal en cavité close.

L'enfant fut sauvé grâce à l'intervention hâtive.

OBSERVATION XXIII

Julliard J. — *Revue médicale de la Suisse romande*. — Genève, 1895.

Appendicite perforante; péritonite purulente généralisée.
Laparotomie. — Guérison.

L'auteur cite l'observation d'un petit garçon de 10 ans, souffrant de douleurs abdominales siégeant à la région sous-ombilicale; état général mauvais, vomissements bilieux incoercibles, absence de selles et de gaz depuis 24 heures; facies étiré, anxieux, cyanosé, pouls petit, filiforme.

Opération. — Incision de la paroi abdominale de 4 centimètres; incision du péritoine, en même temps il s'échappe plus d'un litre de pus exhalant une forte odeur fécaloïde. Alors on prolonge l'incision de l'appendice xiphoïde au pubis, les anses intestinales sont accolées les unes contre les autres, mais les adhérences sont facilement rompues. L'appendice présente une perte de substance de plus d'un centimètre, au centre de la perforation est un coprolithe adhérent; résection de l'appendice, suture intestinale. Toilette du péritoine. Suture de la sereuse. Suture de la paroi. Guérison sans fièvre.

OBSERVATION XXIV

Bellamy. — New-York Medical journal. — Mars 1896.

Appendicite oblitérante et récurrente avec prolifération et abcès ultérieur. — Opération faite par Th. Kocher. — Guérison.

L'auteur cite l'observation d'un homme de 39 ans qui était d'une santé robuste et qui ressentit brusquement tous les symptômes de l'appendicite : distension de la cavité péritonéale du côté atteint, léger tympanisme qui se propageait nettement jusque dans la fosse iliaque droite. La palpation révélait une tuméfaction à droite de l'ombilic et un endroit sensiblement douloureux au point de Mac Burney ; comme la température s'élevait, et que l'état du malade était moins satisfaisant, le lendemain l'auteur fit prévenir le professeur Kocher, qui opéra le jour même le malade et confirma le diagnostic. Au cours de l'opération, il fit remarquer l'absence d'adhérence du mésentère et de l'épiploon, il découvrit la présence d'un abcès et enleva l'appendice déjà sphacélé ; drainage avec des mèches de gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent bonnes, sauf quelques troubles nerveux et des phénomènes de neurasthénie que présenta le malade.

OBSERVATION XXV

(Bernays. — Medical Mirror, St-Louis, 1894).

Péritonite septique diffuse due à une perforation de l'appendice vermiforme. — Opération 4 heures après le début des symptômes péritonéaux. — Guérison.

Début par une douleur localisée au point de Burton, au bout de peu de temps symptômes d'une péritonite diffuse : Tympanisme abdominal, pouls très lent, vomissements noirs. Le patient consent

à se laisser opérer quatre heures après le début des symptômes péritonéaux. La laparotomie est pratiquée; dès l'incision du feuillet pariétal du péritoine, on met à découvert une vaste nappe de pus.

La cavité péritonéale est lavée avec une solution d'acide borique et on arrive sur l'appendice vermiforme. Celui-ci très long est enroulé autour du cœcum et très adhérent. Après ligature on le sectionne. Son embouchure est dilatée, la muqueuse interne détruite et sa lumière dilatée aussi; concrétions calcaires.

Les suites de l'opération furent bonnes et le malade guérit.

OBSERVATION XXVI (résumée).

M. Berger. — Société de Chirurgie (25 juillet 1894).

Appendicite perforante aiguë. — Péritonite septique diffuse; laparotomie iliaque environ 4 heures après le début des symptômes péritonéaux; pneumonie septique consécutive. — Mort le 6^{me} jour.

Au mois de mai 1893, je fus appelé par M. le docteur Lereboullet, à 4 heures du matin, auprès d'un homme d'une soixantaine d'années, qui venait d'être pris, une heure auparavant, d'une douleur atroce éclatant soudainement dans la fosse iliaque droite. Le malade souffrait depuis une huitaine, de quelques troubles digestifs; il avait même accusé quatre ou cinq jours auparavant, un peu de sensibilité dans la région du cœcum, sensibilité qui s'était dissipée à la suite d'une purgation. Il avait toujours été sujet à quelques douleurs survenant au même point à de grands intervalles.

Quand je vis le malade, nul doute ne pouvait exister sur la perforation intestinale; indépendamment de l'état syncopal, de l'anxiété, du pouls petit et incompatible, des éructations et des vomissements il y avait une tuméfaction notable dans la fosse iliaque droite, avec bruit hydro-aérique, matité vers les points déclives, sensibilité excessive au moindre contact. L'opération fut acceptée aussitôt et pratiquée à 7 heures du matin, avec l'assistance de mon collègue, M. Perrier.

Nous trouvâmes dans le péritoine une grande quantité de liquide louche qui provenait de toutes les régions de la cavité abdominale ; nulle part d'adhérences.

En explorant les environs du cœcum, nous trouvâmes une concrétion stercorale dure, grosse comme un noyau de cerise ; aussitôt nous découvrîmes l'appendice qui portait à sa base une perforation de même dimension. L'appendice fut excisé au ras du cœcum ; mais dans l'impossibilité de faire une suture méthodique de la surface de section, nous laissâmes sur celle-ci une pince dentée à pression continue ; toilette du péritoine ; lavage de la cavité à la solution boriquée. Un tamponnement à la gaze au salol fut établi jusqu'au cœcum tout autour de la pince laissée à demeure.

L'opération fut d'abord suivie des plus heureux résultats ; les vomissements et les douleurs disparurent.

Pendant trois jours le malade ne se plaignit plus de la soif ; le poulx, les forces, le moral étaient excellents ; le ventre était souple et des évacuations se firent sans difficulté.

Le 4^{me} jour au matin, l'état était si satisfaisant que nous nous croyions assurés du succès.

Le lendemain, après une nuit agitée, on constatait des signes d'une pneumonie septique qui enleva l'opéré en un peu plus de 24 heures, le matin du sixième jour. La pince avait été enlevée la veille.

OBSERVATION XXVII

Mercredi médical, 10 avril 1895.

M. Lereboullet. — Société médicale des hôpitaux.

Je fus appelé un jour auprès d'un malade jouissant ordinairement d'une bonne santé : cet homme qui était un dilaté se plaignait de temps à autre de constipation qui cédait à un laxatif. Ce jour-là, il avait pris une purge restée sans effet, il se sentait mal en train. En palpant l'abdomen, je provoquais une douleur si forte dans la région cœcale que le malade eut une syncope. Je demandais immédiatement une consultation chirurgicale ; mais

ne pouvant déterminer aucune tumeur, aucun empâtement, on conclut à l'abstention.

Dans la nuit qui suivit, une rupture brusque de l'appendice détermina une péritonite suraiguë. Le malade fut opéré et succomba quelques jours après. Remarquez que le jour qui précéda l'opération, la région cœcale était indolente, ce qui prouve que l'appendice même enflammé et distendu par des corps étrangers peut rester indolent quand il se cache derrière des anses intestinales distendues par des gaz.

OBSERVATION XXVIII

Mercredi médical, 6 février 1895. — Société anatomique.

M. Mayet rapporte l'histoire d'un enfant soigné par M. Broca à l'hôpital Trousseau. Les symptômes se résumaient en douleurs dans la région du rein droit et empâtement de la région lombaire : néanmoins on conclut qu'il existait une appendicite à foyer postéro-supérieur. Après incision dans la région malade, on tomba sur un clapsie purulent situé derrière le colon ascendant. Cette intervention fut insuffisante, le foyer se drainant mal, et l'enfant, d'ailleurs opéré trop tard, succomba.

On trouva à l'autopsie :

1° Un appendice d'une longueur de 14 centimètres, remontant le long du bord externe du colon ascendant et s'ouvrant à son extrémité, près du rein droit dans un foyer purulent.

2° Un abouchement anormal de l'iléon dans le cœcum ; la dernière anse intestinale passe devant le cœcum et vient s'ouvrir sur son bord externe.

M. Broca insiste sur la longueur exagérée et la nécessité d'opérer le plus vite possible les malades atteints d'appendicite.

OBSERVATION XXIX

Wyeth, New-York, *Médical Journal*, 1894.

Appendicite aiguë perforante avec péritonite septique diffuse.
— Laparotomie 3 jours après. — Entérotomie. — Mort.

Enfant de 5 ans bien portant jusqu'à cette époque. Le dimanche 4 février, l'enfant se plaint de douleurs à l'estomac, vomissements pendant la nuit, frissons ; la fièvre est vive le lundi matin, opium, bismuth, lavements huileux. Les symptômes s'aggravent pendant la nuit et le jour suivant, le 7 février, je fus appelé pour une intervention. Pouls rapide et faible. T. = 39°.

Abdomen fortement ballonné, très sensible à la pression ; facies péritonéal. Le cas me semble désespéré ; néanmoins, j'ouvre l'abdomen ; la cavité abdominale est surdistendue par un pus fétide mélangé de contenu intestinal. L'appendice présente une perforation par où s'écoulent les matières intestinales. L'appendice est enlevé. Une deuxième incision est pratiquée sur la ligne médiane pour faciliter le lavage du péritoine avec de l'eau boriquée chaude. Drainage, pansement.

L'enfant se ranime, mais le jour suivant la paralysie intestinale détermine une telle distension de l'intestin que l'on établit sur l'iléon un anus artificiel par où s'échappent une quantité de matières et de gaz. Le tympanisme s'affaisse.

Mort le 10 février.

OBSERVATION XXX

Due à la bienveillance de M. le Professeur Poncet.

Appendicite aiguë perforante. — Péritonite généralisée. — Laparotomie pratiquée par M. le docteur Jaboulay. — Drainage para-sacré. — Mort.

D... (Félix), âgé de 24 ans, entre le 1^{er} décembre 1893 à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, le malade présente des symptômes de péritonite généralisée : ballonnement du ventre, douleur à la pression, vomissements fécaloïdes.

Il raconte qu'il y a une dizaine de jours, il a absorbé une grande quantité de prunelles avec les noyaux.

A la suite il a été pris de douleurs dans la fosse iliaque droite. On lui fit alors de la révulsion, application de sangsues.

Immédiatement après son arrivée, on lui fait une laparotomie iliaque. A l'ouverture du péritoine il s'écoule une grande quantité de pus. L'appendice recherché présente une perforation, il contient dans sa cavité un calcul stercoral.

Un drainage para-sacré est pratiqué pour faciliter l'écoulement du pus.

Mort quelques heures après.

Autopsie. — Péritonite généralisée. — Pas de cavité purulente enkystée. — L'appendice était perforé environ vers son milieu. — La portion restant adhérente au cœcum était saine sur environ 3 centimètres.

OBSERVATION XXXI

Due à la bienveillance de M. le Professeur Poncet.

Appendicite gangreneuse diagnostiquée avec une obstruction intestinale. — Laparotomie 7 jours après le début, péritonite généralisée. — Mort.

G... (Auguste), 17 ans, demeurant à Lyon, entre dans le service de clinique chirurgicale le 26 novembre 1896.

Le malade n'offre rien de particulier dans ses antécédents.

Le dimanche 22 novembre, pendant la nuit, étant en pleine santé, il est pris d'une violente douleur abdominale avec prédominance à droite.

Le lundi 23, il eut quelques vomissements qui persistèrent jusqu'au jeudi 26, jour de son entrée.

Le 26, les vomissements sont fécaloïdes.

A l'examen, le malade est prostré, affaibli, facies abdominal, ventre peu ballonné, pas très douloureux à la pression dans la

partie gauche, mais très douloureux à droite où l'on sent une plaque indurée que l'on croirait être due à la contracture des muscles sous-jacents.

A ce niveau la pression ne peut être supportée, tandis que dans le reste de l'abdomen, elle est beaucoup moins douloureuse. Douleurs vives au niveau de l'ombilic. Matité dans le flanc droit, sonorité à gauche, élévation de la température.

Le 27 novembre, T. R. 38°2 ; quelques instants après T. R. 36°8.

Pas d'antipéristalisme. Les douleurs sont toujours très vives.

Se basant sur ce peu de douleurs spontanées :

L'absence de ballonnement ;

L'absence d'antipéristalisme ;

La course de la température ;

La localisation de la douleur au point de Mac Burney ;

L'enduration de la fosse iliaque droite ;

L'absence de vomissements fécaloïdes nets,

On porte le diagnostic d'appendicite avec paralysie de l'intestin et *on pratique la laparotomie le jour même.*

A l'ouverture du péritoine, on voit s'écouler du pus fétide dans lequel se trouvent des calculs otercoraux.

L'appendice est gangrené, on le résèque. La péritonite est généralisée.

Drainage et pansement.

Le 28 novembre. Hypothermie très marquée, — facies péritonéal, — yeux excavés, — ventre moins douloureux, — vomissements noirâtres.

Mort. — L'autopsie n'a pu être faite.

CHAPITRE V

DATE DE LA PERFORATION APPENDICULAIRE

La perforation de l'appendice peut se produire :

Soit dans une cavité enkystée ;

Soit dans la grande cavité péritonéale.

Dans le premier cas, l'inflammation de l'appendice, ayant retenti à son pourtour, donne naissance à une péritonite adhésive ; l'épiploon, les anses intestinales fusionnées autour de l'appendice malade, forment une barrière protectrice à la dissémination des produits septiques. Lorsque la perforation se produira dans de telles conditions, les symptômes généraux apparaîtront moins rapidement, la collection purulente augmentera progressivement de volume et la mort par infection générale ne surviendra que, lorsque la poche, rompue sous une influence quelconque, laissera libre cours à son contenu dans la cavité péritonéale.

Une collection purulente enkystée, abandonnée à elle-même, pourra résister fort longtemps ; il est des cas où la rupture ne s'est produite que le douzième ou même le dix-septième jour.

Nous estimons que dans bon nombre de cas la rupture d'un abcès péri-appendiculaire a été prise pour une perforation de l'appendice dans le péritoine ; l'erreur est en

effet possible, si la poche rompue en plusieurs points ne permet plus de reconnaître la présence d'une cavité; tels sont les cas cités dans les observations VII, XI et VI, cas dans lesquels nous rapportons des guérisons alors que la laparotomie n'avait été pratiquée que 3, 4 et même 5 jours après le début apparent des accidents; l'existence de péritonite adhésive est du reste signalée dans ces trois observations, mais aucunes traces de poche enkystée n'avaient été retrouvées.

Nous ne nous occuperons donc pas de la perforation de l'appendice dans une cavité enkystée, car, dans ce cas particulier, il est absolument impossible de savoir à quel moment aura pu se produire la perforation; nous nous attacherons seulement à rechercher la date probable de la perforation, de l'appendice libre d'adhérences. Nous rapporterons d'abord les rares opinions que nous avons recueillies à ce sujet; puis nous basant sur les 30 cas que nous avons rassemblés, nous énoncerons les conclusions que nous aurons cru pouvoir tirer de cet examen.

Le docteur Lasserre, élève de M. Poncet, convaincu qu'il est trop tard pour intervenir lorsque la perforation s'est produite, estime qu'en présence d'une appendicite aiguë « il faut intervenir dans les trente premières heures. » Dans plusieurs cas, M. le Professeur Poncet opérant ainsi a trouvé « l'appendice distendu, violacé, en immiscence de sphacèle et ses opérés ont guéri malgré une péritonite diffuse existante. » (Lasserre).

M. Jalaguier arrive à des conclusions presque identiques; nous rapportons ses paroles à ce sujet: « La péritonite septique diffuse évolue quelquefois avec une rapidité excessive..... j'ai vu la mort survenir en 36 heures au milieu des symptômes de l'intoxication suraiguë. » De l'analyse des 30 cas de péritonite par perforation, dont

nous rapportons les résultats, nos observations comportent :

21 morts ;

9 guérisons.

Mais, hâtons-nous de dire que ces chiffres nous paraissent exagérés ; jamais une statistique n'a encore été publiée avec de pareils résultats. Aussi croyons-nous utile d'examiner de plus près nos observations. Nous en dressons un tableau d'ensemble.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

NUMÉRO des OBSERVATIONS	DATE DE L'INTERVENTION	ÉTAT DE L'APPENDICE ET DU PÉRITOINE	RÉSULTATS
XXX	Au 10 ^e jour.	Perforation de l'appendice en son milieu. Péritonite généralisée.	Mort.
XXXI	— 7 ^e —	Appendice gangrené. Péritonite généralisée.	Mort.
III	— 6 ^e —	Large perforation de l'appendice. Péritonite suppurée diffuse.	Mort.
I	— 5 ^e —	Perforation en son milieu. Péritonite généralisée.	Mort.
VI	— 5 ^e —	Appendice sphacélé sur 2 centimètres. Péritonite suppurée.	Guérison.
VIII	— 5 ^e —	Large perforation. Péritonite avec liquide séro-purulent.	Mort.
II	— 4 ^e —	Perforation de 15 ^{mm} à la pointe. Péritonite diffuse suppurée.	Mort.
IV	— 4 ^e —	Appendice gangrené. Péritonite diffuse.	Mort.
XI	— 4 ^e —	Appendice et cœcum sphacelés. Péritonite adhésive légère.	Guérison.
XII	— 4 ^e —	Appendice gangrené. Péritonite généralisée.	Mort.
V	Autopsie au 4 ^e jour. Pas d'intervention.	Petite perforation. Péritonite sans liquide purulent.	Mort.
VII	Au 3 ^e jour.	Ulcération de l'appendice non encore perforé. Péritonite adhésive.	Guérison.

NUMÉRO des OBSERVATIONS	DATE DE L'INTERVENTION	ÉTAT DE L'APPENDICE ET DU PÉRITOINE	RÉSULTATS
XXIX	Au 3 ^e jour.	Large perforation de l'appendice. Péritonite généralisée.	Mort.
X	Autopsie au 3 ^e jour. Pas d'intervention.	Appendice perforé à son extrémité. Péritonite septique diffuse.	Mort.
XIV	50 heures après.	Appendice perforé à 15 ^{mm} . Péritonite diffuse.	Mort.
XV	Appendicite chronique opérée 48 heures après le début de la 2 ^e crise.	Perforation de la partie supérieure. Péritonite généralisée.	Mort.
XVII	48 heures après.	Appendice sphacélé — calcul. Péritonite légère.	Guérison.
XIX	48 heures après.	Appendice perforé. Péritonite purulente.	Mort.
XXI	Autopsie 48 heures après. Pas d'intervention.	Appendice largement perforé. Péritonite généralisée.	Mort.
XXIII	48 heures après.	Perforation de 1 ^{mm} — calcul. Péritonite adhésive.	Guérison.
XXII	36 heures après.	Gangrène de l'appendice. Péritonite purulente diffuse.	Guérison.
XX	40 —	Perforation de 3 à 4 ^{mm} Péritonite suppurée généralisée.	Mort.
XVI	30 —	Multiples perforations. Péritonite (?).	(?).
XVIII	24 —	Appendice perforé. Péritonite (?).	Guérison.
XXVII	Le lendemain.	Appendice à petite perforation. Péritonite suraiguë.	Mort.
XXIV	Le lendemain.	Appendice sphacélé. Péritonite sans adhérences.	Guérison.
XXV	Dans les 24 heures.	Appendice perforé. Péritonite diffuse généralisée.	Guérison.
XXVI	Troubles vagues depuis 4 ou 5 jours.	Perforation de l'appendice. Péritonite purulente.	Mort par Pneumo- nie septique.
IX	Appendicite à rechute opérée pendant la 2 ^e crise.	Appendice gangrené. Péritonite purulente.	Mort.

Dans les observations des malades de la première catégorie, c'est-à-dire ceux chez lesquels on n'est pas intervenu avant le troisième jour, nous trouvons 15 cas dont 3 guérisons. Mais nous avons déjà donné notre appréciation sur les observations VI, VII et XI, nous pensons être en présence de rupture de phlegmons péri-appendiculaires. Nous éliminerons ces trois cas qui nous paraissent douteux et nous aurons :

12 malades opérés après le 3^e jour ;
12 morts ;
0 guérison.

Dans une seconde catégorie nous placerons les malades opérés 48 heures après le début des accidents, nous en possédons 7 cas dont 5 morts et 2 guérisons. Là encore nous avons des restrictions à faire : Dans l'observation XXIII, la date de l'intervention n'est pas exactement fixée, la présence de péritonite adhésive y est aussi signalée, mêmes doutes que pour les trois cas précédents. Nous l'éliminerons aussi et nous aurons :

6 malades opérés 48 heures après le début ;
5 morts ;
1 guérison.

Les résultats des opérations pratiquées de 24 à 36 heures après le début des accidents sont plus satisfaisants :

5 malades ;
3 morts ;
2 guérisons.

Encore la guérison rapportée dans l'obs. XVIII est-elle citée comme « probable ».

Nous rapportons en outre les cas de trois interventions pratiquées dans les 24 heures.

3 cas opérés dans les 24 heures ;

2 guérisons ;

1 mort par pneumonie septique.

Dans le cas de l'obs. XXVI, la laparotomie est pratiquée le jour même ; cependant l'appendice était déjà sphacélé et prêt à se perforer ; le malade guérit mais conserva des troubles nerveux.

Signalons en outre que le malade de l'obs. XXVI présentait depuis 4 ou 5 jours des troubles digestifs vagues.

Que conclure de cela ? A quelle date se produit donc la perforation de l'appendice ? Nous pourrions répondre que l'appendicite perforante n'a pas d'allures fixes. Cependant en examinant nos observations, nous croyons pouvoir dire que dans la majorité des cas, *la perforation de l'appendice se produit dans les premières 24 heures.*

Nous ne saurions donc trop insister sur la nécessité d'intervenir dès l'apparition des premiers symptômes, car nous estimons que les interventions pratiquées même le lendemain du début, n'ont le plus souvent que des résultats des plus aléatoires.

CHAPITRE VI

MODE DE PERFORATION

Récemment, Sonnenburg divisait les appendicites en simples, perforantes, suppuratives et gangreneuses. Talamon admet trois variétés d'appendicites aiguës : l'appendicite simple et pariétale, l'appendicite suppurée et l'appendicite gangreneuse. En examinant les quelques observations que nous avons pu rassembler, nous croyons pouvoir avancer qu'il est impossible de décrire plusieurs types d'appendicite bien tranchés ; nous nous rattacherons plutôt à l'idée de Sahli, de Munich, pour lequel la maladie a pour cause et point de départ un noyau purulent appendiculaire qui, en augmentant, aboutit soit à la transformation de l'appendice en sac purulent, soit à la perforation suivie d'infection de voisinage. Senn, en 1889, avait lui aussi déjà fait remarquer que dans bon nombre de cas, l'appendicite aiguë n'était que la manifestation d'une poussée infectieuse, s'ajoutant à une appendicite chronique plus ou moins latente, tel est le cas des observations VII, VIII, XII.

Blaud Sutton, dans son mémoire présenté à la Société clinique de Londres, démontre que les accidents inflammatoires de l'appendicite sont dus à une infection de la muqueuse et du tissu adénoïde sous-muqueux. Les

allures si différentes de l'appendicite pourront donc s'expliquer en prenant en considération les deux facteurs principaux de toute infection : l'agent pathogène et l'état de réceptivité de l'organisme.

L'agent pathogène de l'appendicite n'est pas unique, tous les microbes contenus à l'état normal dans l'intestin, devenus virulents sous une influence quelconque ont été accusés de produire l'inflammation de cet organe.

Le coli-bacille est l'agent le plus habituel de l'infection appendiculaire ; en 1889, Leruelle démontre sa présence dans le liquide des péritonites par perforation. M. Adenot, examinant soit les parois d'appendices oblitérés, soit le liquide épanché dans la cavité péritonéale, a constaté le coli-bacille à l'état de pureté. Dans l'observation XIX, l'examen du liquide épanché a permis de reconnaître sa présence. Toutefois ce bacille peut n'être pas seul ; on le trouve souvent associé au streptocoque, au staphylocoque ou même au pneumocoque. Dans certains cas il peut manquer et être remplacé par l'un de ces autres bacilles. Margery, dans sa thèse, cite une observation où l'examen microbiologique pratiqué par M. le Docteur Dor a démontré la présence du pneumocoque.

Aussi est-il souvent difficile, parfois même impossible de savoir quel a été l'agent de l'infection. Nous dirons donc d'une façon générale que le coli-bacille est l'agent le plus fréquent de l'appendicite, mais qu'à côté de lui le streptocoque, le staphylocoque et le pneumocoque sont capables de déterminer les mêmes lésions.

Comment expliquer les causes de l'exaltation de la virulence de ces microbes habituellement inoffensifs dans l'intestin : c'est là le sujet de nombreuses controverses.

Nous ne chercherons pas à rapporter ici les longues discussions qu'a soulevées et que soulève encore cette

question. Nous ne ferons que citer les principales théories.

A la théorie des coprolithes de Talamon est venue se substituer la théorie du « vase clos » de Dieulafoy, Klecki, Roger et Josué, puis Gervais de Rouville opérant sur des lapins, ont semblé confirmer expérimentalement la théorie de la cavité close. Comment savoir si les données expérimentales fournies par ces auteurs sont applicables à l'homme ? Et en admettant même qu'il en soit ainsi, faisant exception des appendices calculeuses, comment pourra-t-on arriver à réaliser la fermeture du canal appendiculaire ?

M. le professeur Poncet et son élève Lafforgue rapportent des cas dans lesquels l'appendice oblitéré et transformé en kyste muqueux par rétention, ne s'était révélé par aucun symptôme : c'étaient de véritables trouvailles d'autopsie. Il cite d'autre part les observations de cas dans lesquels l'appendice ulcéré présentait une communication parfaite avec le cœcum ; et en 1896, dans une communication à l'Académie, il démontre « que l'occlusion temporaire ou permanente de l'appendice ne saurait être considérée comme la condition *sine qua non* de la colique et du phlegmon appendiculaire » et que l'oblitération de l'appendice n'est souvent que la conséquence et non la cause de l'appendicite. Brun, se basant sur l'analyse de 20 observations, conclut dans le même sens ; enfin, nous rapportons l'observation XVII, publiée par M. le professeur Lépine, d'appendicite perforante aiguë sans cavité close.

Trancher la question serait hors de notre sujet ; voyons les conclusions à tirer de ces différentes théories.

Nous rattachant en cela aux idées exposées par M. Le-gueu, dans sa *Monographie sur l'appendicite*, nous pensons pouvoir dire qu'une théorie exclusive ne peut interpréter

la pathogénie de toutes les formes d'appendicite; c'est moins dans les conditions anatomiques que dans la structure même des parois de l'appendice qu'il faut rechercher la véritable cause de pathogénie de l'appendicite. Sa richesse en follicules clos en fait un agent puissant de phagocytose, mais surtout d'absorption; et dans la plupart des cas la lésion débute par l'inflammation du tissu lymphoïde. C'est donc avec raison que les auteurs anglais, considérant sa richesse lymphoïde et la facilité de son infection, avaient assimilé l'appendice aux amygdales et avaient rapproché l'appendicite de l'amygdalite. L'appendice peut donc, soit puiser les éléments de son infection dans son contenu devenu purulent, soit recevoir, par ses vaisseaux des éléments pathogènes puisés ailleurs.

L'état de réceptivité de l'organisme peut encore influencer sur la marche de l'infection. Dieulafoy a montré l'influence incontestable de l'hérédité; se basant sur bon nombre d'observations, il affirme que l'appendice héréditaire existe. Le fait a été très souvent remarqué depuis.

L'âge constitue une condition prédisposante de premier ordre : l'affection frappe rarement les vieillards, plus fréquemment les adultes, et paraît avoir une prédilection spéciale pour les enfants. En traitant de l'histologie de l'appendice, nous avons fait remarquer que les follicules clos très nombreux chez l'enfant, diminuaient de quantité et de volume vers 30 ans et s'atrophiaient chez le vieillard. Nous sommes donc en présence d'une affection débutant par une inflammation des follicules clos, une folliculite hyperhémique, suivant l'expression de Letulle.

MM. Tripier et Paviot, se basant sur un grand nombre d'observations, sont arrivés à conclure que l'appendicite pouvait souvent être la localisation d'une infection générale (rougeole, variole, septicémie).

Le froid, la fatigue, le traumatisme, la grossesse, ont été incriminés comme causes prédisposantes de l'appendicite. Citons en outre l'influence des dispositions congénitales vicieuses.

Quelle qu'en soit la cause, la virulence de l'agent pathogène étant exaltée, l'appendicite se déclare; examinons les lésions que va produire l'affection.

L'inflammation, d'abord purement locale, siège sur les parois de l'appendice; puis se formera un phlegmon, dû à l'infection et à la contamination des tissus ambiants; enfin la rupture de la poche du phlegmon pourra produire une péritonite diffuse ou généralisée. Si la virulence du microbe est extrême, le second stade n'aura pas le temps de se produire et il s'établira une péritonite avec la même rapidité que si l'on avait injecté une culture de colibacille dans le péritoine déjà irrité.

Il est donc possible de résumer ici la physiologie pathologique de cette affection :

L'inflammation de l'appendice et l'absorption des produits sécrétés dans sa cavité fourniront la cause de toute appendicite. La virulence plus ou moins grande de ces produits et la résistance que l'organe est capable d'opposer, serviront à expliquer les formes plus ou moins rapides de la maladie.

Brun et Letulle et, après eux, Jalaguier, aux ouvrages desquels nous ferons ici de larges emprunts, ont pu établir, après examen d'un grand nombre d'observations, qu'une lymphangite interstitielle aiguë se rencontrait dans tous les cas d'appendicite aiguë et « que l'infection des parois de l'organe est térébrante d'autant plus rapidement vers la surface péritonéale que les lésions chroniques préexistantes au niveau de la muqueuse sont plus marquées. »

Ces auteurs, en effet, remarquant la généralisation

presque constante des lésions chroniques à la plus grande étendue de l'organe, ont pu prouver que l'appendicite aiguë perforante n'est presque jamais primitive; elle est généralement secondaire et ne présente en somme qu'une complication de l'appendicite chronique plus ou moins latente.

L'appendice enlevé au cours d'une appendicite légère, augmenté de volume, présente extérieurement une surface rouge turgescente et parfois même ecchymotique. La séreuse, dépolie, présente des traces d'inflammation; elle est recouverte d'un exsudat membraneux, contractant parfois des adhérences molles avec des anses intestinales voisines. Les ganglions mésentériques situés le long de son méso, sont le siège d'une inflammation; le colon et le cœcum peuvent dans quelques cas présenter aussi de légères lésions.

A la coupe, les parois de l'appendice se montrent augmentées de volume. Toutes les tuniques sont le siège d'une infiltration dont la prédominance est très marquée pour les éléments de la muqueuse et du tissu reticulé qui lui est sous-jacent. La lumière de l'appendice est diminuée de volume et sa cavité contient tantôt du pus, tantôt un liquide muqueux, louche ou rougeâtre. D'autres fois encore l'appendice contient un corps étranger mais qui n'influe en rien sur le mode de perforation.

Les follicules clos que nous savons être très nombreux dans l'appendice vont nous fournir les lésions principales et, comme l'ont démontré Siredey et Leroy, leur altération sera la cause première des ulcérations de l'appendice. Sous l'influence du processus inflammatoire, les vaisseaux sont vivement congestionnés, la diapédèse est considérable à ce niveau et les leucocytes abondent dans les cavités périfolliculaires. Les follicules, siège de l'infil-

tration principale, sont augmentés de volumes et contribuent à l'oblitération du canal. Le protoplasma des cellules fixes s'accroît ; leur noyau se segmente ; l'inflammation, suivant les lymphatiques, gagne rapidement le chorion et le tissu sous-muqueux, déterminant une lymphangite interstitielle comme l'a démontré Letulle.

Soit sous l'influence de l'oblitération des vaisseaux ou de l'intoxication septique des lymphatiques, la suppuration s'établit rapidement et donne naissance à un petit abcès miliaire ou à une collection enkystée. Que l'inflammation se calme à ce moment, nous aurons affaire à une appendicite simple, à une folliculite hyperhémique pouvant se terminer par résolution. Les recherches de Letulle ont parfaitement démontré que ce n'est que le premier stade de l'évolution d'une maladie qui pourra se réveiller à la première occasion : alors la lésion est plus grave, c'est la gangrène et la perforation de l'appendice.

L'abcès miliaire ou la collection enkystée détruiront peu à peu les couches profondes de la muqueuse ; la musculieuse est envahie et les parties superficielles, le plus souvent dépourvues de muqueuse, s'altèrent, se perforent, déversant leur contenu vers la lumière de l'appendice et laissant à leur place une ulcération.

Il est des cas, cités par Siredey et Leroy, où les follicules abcédés s'ouvrent à la fois dans le canal de l'appendice et dans le péritoine, amenant rapidement une perforation, une folliculite perforante, mais cela est très rare (Letulle).

Les leucocytes, suivant les voies lymphatiques, peuvent aussi migrer vers le péritoine ; et, traversant la tunique musculieuse, ils contaminent rapidement la séreuse en donnant lieu soit à des abcès sous-péritonéaux de dimensions différentes, soit « à des foyers enkystés de péritonite

suppurée, localisée autour de l'appendice ou en des points très éloignés. » (Obs. XVIII).

Citons enfin un autre mode de perforation ne différant du précédent que par son degré d'intensité : je veux parler de la perforation gangreneuse de l'appendice. M. Jalaguier pense « qu'il s'agit là d'une infection d'une nature spéciale produite sans doute par des microbes doués d'une virulence particulière. »

Le processus gangreneux que M. Jalaguier a très judicieusement assimilé aux plaques de gangrène de la lymphangite gangreneuse de la peau, peut dans certains cas succéder à une ulcération suppurée ; mais souvent la diffusion de l'inflammation frappe tous les tissus, détruisant l'appendice jusque dans sa racine (obs. XII). La gangrène diffusant dans toute la profondeur du tissu est ordinairement partielle, elle se localise en un point de l'organe, donnant naissance à une escharre festonnée, irrégulière, de dimensions et de couleurs différentes, tantôt noirâtre, bronzée ou feuille morte, tantôt blanche ou laiteuse ; mais toujours ses limites en sont nettement déterminées par « une ligne qui sépare le mort du vif. » Le tissu nécrosé s'élimine rapidement, laissant à sa place une perte de substance, plus ou moins considérable. Alors le contenu septique de l'appendice a libre cours pour se déverser dans le péritoine et déterminer d'une façon presque inévitable ces péritonites fatalement mortelles dont nous avons cherché à tracer les symptômes dans un précédent article.

Certains cas de perforations multiples ont été rapportés (obs. XVI). Ce ne sont là que des exceptions ; la perforation est ordinairement unique, elle présente de grandes variations tant au point de vue de son siège que de sa forme et de ses dimensions.

Les perforations siègent le plus souvent à la pointe de

l'organe, le grand nombre de follicules clos à ce niveau et leur surcharge en leucocytes au moment de l'infection, permettront de comprendre la prédominance de la perforation à la pointe. D'autres fois les plaques de sphacèle siègent le long de l'organe sur l'une de ses faces et à différents niveaux (obs. II). Enfin on l'a rencontrée siégeant à la base de l'organe, à l'union du cœcum et de l'appendice. Ce type est extrêmement rare.

D'une coloration rouge vif, les bords de l'orifice sont dentelés offrant des arêtes vives et comme coupées à l'emporte-pièce. L'orifice arrondi ou ovalaire mesure ordinairement de 5 à 6 millimètres de diamètre, mais sa forme et ses dimensions diffèrent suivant les sujets. Tantôt punctiforme, laissant à peine passer un stylet (obs. V), il est difficile à reconnaître au milieu des parties nécrosées; tantôt linéaire, il s'enfonce « sur le bord de l'escharre détachée au niveau du sillon d'élimination. » (Jalaguier).

Les pertes de substances peuvent être considérables; on a rencontré des cas où la plaque escharrotique envahissant circulairement l'organe l'avait décapité au tiers ou au quart de sa hauteur; rarement l'appendice est sectionné à sa base et la partie détachée ayant contracté des adhérences avec les tissus voisins a pu continuer à vivre; souvent enfin l'appendice complètement nécrosé, réduit en un moignon informe, grisâtre, presque méconnaissable, flotte au milieu d'une collection purulente.

Le péritoine ne peut subir sans réagir, l'influence des produits sécrétés par un appendice frappé de telles lésions, aussi comprendra-t-on les allures rapides de l'infection. Seule une intervention rapide pratiquée au début des accidents, avant ou peu après la perforation, pourra fournir au praticien quelques chances d'arracher le malade à la mort.

CONCLUSIONS

Nous nous sommes proposé dans ce travail de rechercher à quelle époque et comment se produit la perforation de l'appendice dans l'appendicite perforante.

On comprend suivant la remarque que nous avons entendu faire maintes fois, à la clinique, par M. le Professeur Poncet, l'importance surtout de cette première donnée d'où découle naturellement la date de l'intervention chirurgicale.

Pour établir cette dernière, nous avons dû tenir compte, que des perforations avec péritonite généralisée sont les seuls cas dans lesquels l'appendice a pu être utilement et complètement examiné.

Des 30 observations d'appendicite que nous avons recueillies pour la plupart à la clinique de M. le Professeur Poncet, il résulte que : la perforation se produit généralement entre 24 et 36 heures.

Dans quelques cas, heureusement exceptionnels, la perforation s'est faite entre 16 et 20 heures, le plus souvent entre 36 et 44 heures.

Ces chiffres ont une haute importance pratique ; ils démontrent la nécessité d'une intervention hâtive dans les limites que nous avons indiquées. En tenant compte du pourcentage énoncé dans la thèse récente de M. Vignard,

à savoir 15 à 20 pour cent de morts dans l'appendicite, nous émettrons avec lui cette opinion que : pour avoir réuni toutes les chances de guérison dans une appendicite perforante, *il faut opérer avant la seizième heure*, date minimum d'une perforation.

La perforation peut se faire par :

Folliculite perforante ;

Phlegmon appendiculaire ouvert dans le péritoine ;

Gangrène de l'appendice.

Il faut naturellement ici faire intervenir les deux grands facteurs de toute infection :

La virulence de l'agent pathogène ;

L'état de réceptivité de l'organisme.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

ANTONIN PONCET.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.



BIBLIOGRAPHIE

- Poncet, Académie de Médecine, 1892 et 1896.
Lafforgue, Th. de Lyon, 1893.
Challiol, Th. de Lyon, 1894.
Poncet, Gaz. hebd. de Méd. et Chir., 22 décembre 1894.
Poncet, Jaboulay, Revue de Chir. 10 octobre 1892.
Roger et Josué, Recherches sur l'appendicite, Revue de Méd.,
10 juin 1896.
Dieulafoy, Communication à l'Académie de Médecine, mars 1896.
Jalaguier, Art. Appendicite du traité de Duplay et Reclus.
Reginald Fitz de Baston, octobre 1886-1888.
Lasserre, Th. de Lyon, 1892.
Brun et Letulle, Presse Médicale, 4 août 1897.
Berger, Bulletin de la Soc. de Chir., de Paris, 1894.
Talamon, Médecine moderne, 19 juin 1890.
Faisans, La véritable cause de l'appendicite. Gaz. hebd., mars
1899.
X. Delore, Lyon Médical, mai 1899.
Lépine, Lyon Médical, 1897.
Julliard, Revue méd. de la Suisse romande, Genève, 1895.
Société médicale des hôpitaux, 1894. Discussion sur l'appendicite.
Lereboullet, Communication à la Société médicale des hôpitaux,
du 5 avril 1895.
Mayet, Communication à la Société anatomique, séance du
1^{er} février 1895.
XIII^e Congrès de Médecine interne de Munich, 1895; compte
rendu du Mercredi médical de 1895.

- Jalaguier, Communication à la Société de chirurgie, séance du 26 juin 1895.
- Jalaguier, Appendicite. Etudes sur les formes, le diagnostic et le traitement des péritonites généralisées d'origine appendiculaire, d'après trente-trois observations. *Mercr. méd.* du 7 août 1895.
- Clado, Communication à la Société de Biologie, séance du 30 janvier 1892.
- Lejars, Un fait d'appendicite perforante aiguë (*France médicale*, Paris, 1890).
- Margery, De l'appendicite infectieuse, Th. Lyon, 1897.
- Dieulafoy, Cliniques de l'Hôtel Dieu, 1897.
- Routier, *Presse médicale*, Paris, 1895.
- Roux, Appendicite expérimentale (*Association française de Chir.*, Paris, 1895).
- Quenu, Société de Chirurgie, 1897.
- Brun, *Presse médicale*, 6 août 1896.
- Tripier et Paviot, Des appendicites par infection générale. *Sem. méd.*, 8 mars 1899.
- Rochard, Lésions de l'appendice, *Bull. méd.*, 1895.
- Reclus et Routier, Appendicite, *Soc. de Chir.*, juillet 1890.
- Discussion à l'Académie de Médecine, 1899.



TABLE

INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	9
CHAPITRE II. — L'Appendice : Anatomie; Histologie.....	13
CHAPITRE III. — Symptômes et Diagnostic.....	18
CHAPITRE IV. — Observations	26
CHAPITRE V. — Date de la perforation appendiculaire.....	54
CHAPITRE VI. — Mode de perforation	60
CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE.	71



